10 1921

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1915-1916 N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION INTRA-ABDOMINALE

DU

Grand Épiploon

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1916

PAR

Émile BARREAU

MEMBRES DU JURY... MM. JEANNEL, *Président.*
TAPIE
DIEULAFÉ *Assesseurs.*
SOREL

TOULOUSE
Librairie J. MARQUESTE
7, rue Ozenne, 7
—
1916

UNIVERSITE DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1915-1916 N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION INTRA-ABDOMINALE

DU

Grand Épiploon

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1916

PAR

Émile BARREAU

MEMBRES DU JURY... MM. JEANNEL, *Président.*
TAPIE
DIEULAFÉ *Assesseurs.*
SOREL

TOULOUSE
Librairie J. MARQUESTE
7, rue Ozenne, 7
—
1916

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	JEANNEL.
ASSESSEUR		SAINT-ANGE

PROFESSSEURS

Histologie normale	MM.	TOURNEUX.
Physiologie		ABELOUS.
Anatomie pathologique		TAPIE.
Pathologie et thérapeutique générales		HERRMAN
Thérapeutique		SAINT-ANG.
Clinique médicale		MOSSE. REMOND.
Clinique chirurgicale		JEANNEL. MERIEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		AUDRY.
Matière médicale		BRÆMER.
Histoire naturelle		LAMIC.
Pathologie externe		PENIERES.
Physique		MARIE.
Clinique des maladies des enfants		BEZY.
Médecine légale		GUILHEM.
Clinique obstétricale		AUDEBERT.
Hygiène		MOREL.
Pharmacie		RIBAUT.
Anatomie		SOULIE.
Bactériologie		RISPAL.
Pathologie expérimentale		BARDIER.
Clinique ophtalmologique		FRENKEL.

PROFESSEUR ADJOINT

Hydrologie		GARRIGOU

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM.	DIEULAFÉ.
Chimie, Toxicologie et Chimie biologique		ALOY.
Cours théorique d'obstétrique aux sages-femmes		AUDEBERT.
Cours de cryptogamie et microbiologie		LAMIC.
Cours de chimie analytique et toxicologique		LABORDE.
Médecine opératoire		DAMBRIN.
Pathologie externe		CAUBET (H).
Histoire naturelle		JAMMES.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		CESTAN.
Pathologie interne		BAYLAC.

AGREGES EN EXERCICE

Anatomie	MM.	DIEULAFÉ.
Pathologie interne et Médecine légale		N. DALOUS. LAFFORGUE. SOREL. SERR.
Chirurgie		MARTIN. GORSE
Accouchements		GARIPUY.
Anatomie et Embryologie (chargé des fonctions)		CLERMONT.
Physiologie		TOURNADE.
Histologie (chargé des fonctions)		FAURE.
Chimie		LABORDE.
Physique		ESCANDE.
Pharmacie		FLORENCE.
Dermatologie et Syphiligraphie (chargé des fonctions)		NANTA.
Secrétaire de la Faculté		CHAUDRON.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions emises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891).

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de toute ma reconnaissance.

A TOUS MES MAITRES

A tous ceux qui, par leurs leçons, leur pratique et leur exemple, ont fait mon éducation scientifique, je voudrais exprimer, en ce jour, les sentiments de reconnaissance et d'estime que leur bienveillance a suscités en moi.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Le sujet de notre thèse inaugurale nous a été inspiré par M. le Docteur Diet, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Nazaire.

C'est, en effet, dans le service de ce maître, qui, au cours de notre internat, nous a toujours si largement prodigué ses conseils éclairés et ses bons avis, qu'il nous a été permis d'observer, en 1912, un cas de torsion intra-abdominale du grand épiploon, chez un malade porteur de hernie inguinale irréductible.

Cette observation, en dehors de l'intérêt de la rareté, est remarquable par la complexité de la torsion et par les phénomènes auxquels elle a donné lieu. Mais notre cas, nous tenons tout de suite à le proclamer, ne se signale pas seulement par la disposition anatomique complexe des lésions, ou par certaines particularités cliniques, mais surtout par ce fait que notre maître a pu poser avec fermeté, avant l'intervention, un diagnostic précis.

Alors que jamais, dans aucun des quarante cas relatés, le diagnostic n'avait pu être établi (exception toutefois pour l'observation de Lejars, 1907), notre maître a pu, dès le premier moment, diagnostiquer nettement

chez son malade une torsion intra-abdominale haute et complexe du grand épiploon, — nous expliquer les raisons de son diagnostic ; en même temps que prévoyant les complications opératoires, il donnait l'ordre formel de préparer les instruments nécessaires, non seulement à une simple kélotomie, mais à une laparotomie avec toutes ses surprises.

Longtemps, la torsion épiploïque fut considérée comme un fait exceptionnel. Aujourd'hui, les observations se sont multipliées, et nous avons pu, aidé par notre maître, en recueillir quarante-une, que nous reproduirons à la fin de ce modeste travail.

Nous essayerons de les analyser toutes et, nous aidant de tous les renseignements qu'elles contiennent, nous tâcherons d'établir les bases de l'étiologie, de l'anatomie pathologique, de la pathogénie, des symptômes, du diagnostic, du pronostic et du traitement, des torsions de l'épiploon.

HISTORIQUE

La première observation de torsion intra-abdominale du grand épiploon fut publiée en Allemagne par Oberst (1), en 1882.

Bien que des plus intéressantes, l'observation d'Oberst ne nous a pas paru avoir bien fixé l'attention des chirurgiens français.

Elle avait échappée à Desmons (2), de Bordeaux, qui publiant aux Congrès de Pau, en 1892, un cas de « gangrène de l'épiploon par torsion sur lui-même », déclarait n'en avoir point trouvé d'autre dans la littérature médicale.

En 1898, deux cas nouveaux furent signalés en Allemagne par Bayer (3), par Von Eiselberg (4), et un autre fut présenté en 1899, par Monod (5).

L'année 1900, voit naître toute une série d'observations nouvelles.

(1) Oberst, *Centralblatt für Chirurgie*, 1882.
(2) Desmons, Congrès de Pau, 1892.
(3) Bayer, *Centralblatt für Chirurgie*, 1898.
(4) Von Eiselberg, *Deutsche med. Wochenschrift*, 1898.
(5) Monod, In Thèse Reynier, Paris, 1899.

A l'occasion de la discussion provoquée sur ce sujet par M. Lucas Championnière (6), à la Société de Chirurgie de Paris, des chirurgiens français comme Lejars (7), Potherat (8) *et* Walther (9), fournissent chacun une observation (9 mai 1900).

Quelques mois plus tard (juin et novembre 1900), Chavannaz (10), Heitz et Bender (11), signalent deux cas nouveaux.

Dans le courant de la même année, Von Baracz (12), Peck (13), Hochenegg (14), Wiener (15), rapportent des cas non moins intéressants.

En 1901, Souligoux et Deschamps (16), Lucas Championnière (17), présentent deux autres cas, à la Société anatomique de Paris, et le Professeur Tuffier (18), cite une observation personnelle à la Société de chirurgie.

Depuis cette époque, de très nombreuses observations ont été publiées.

(6) Lucas-Championnière, Soc. Chirurgie, 9 mai 1900.
(7) Lejars, Soc. Chirurgie, 9 mai 1900.
(8) Potherat, Soc. Chirurgie, 9 mai 1900.
(9) Walther, Soc. Chirurgie, 9 mai 1900.
(10) Chavannaz, *Gazette hebd. Méd. et Chirurgie*, 1900.
(11) Heitz et Bender, Soc. anat., nov. 1900.
(12) Von Baracz, *Deutsche Ieitschaft für Chirurgie*, 1900.
(13) Peck, *Medical Record*, 1900.
(14) Hochenegg, *Wiener Klin Wochenschrift*, 1900.
(15) Voiener, *Annale of surgery*, 1900.
(16) Souligoux et Deschamps, Soc. anat., mars 1901.
(17) Lucas-Championnière et Mauban, Soc. anat. 1901.
(18) Tuffier, Soc. Chirurgie, 12 mai 1901.

En 1902, les cas de Oelwein (1), Wiart et Renou (2), ceux de Moresco (3), de Vignard et Giraudeau (4).

En 1903, les cas de Malherbe (5), de Quénu (6), Capelle (7), Tremolières (8), Sonnenburg (9), ceux de Payr (10), Eitel (11).

En 1904, les cas de Noble (12), d'Otto Simon (13), de Mauclaire (15), dans la *Revue de Gynécologie*.

Plus près de nous, en 1906, les cas de Smith (16), et les rapports de Tuffier (17) et Mauclaire (18) à la Société de Chirurgie de Paris.

En 1907, Lejars (19), chez une femme de 37 ans, qui lui était adressée pour appendicite, et chez qui les accidents remontaient à onze jours, fut pour la

(1) Oelwein, *KK. gesells t de Aertyte in Men*, 1901.
(2) Wiart et Renou, Soc. anat., 1901.
(3) Moresco, *Gazette dejli ostedali e delle Cliniche*, 1902.
(4) Vignard et Giraudeau, *Arch. prov. de Chir.*, avril 1903.
(5) Malherbe, *Arch. pròv, Chir.*, 1903.
(6) Quenu, Soc. Chirurg., 20 mai 1903.
(7) Capelle, Soc, anat., 26 juin 1903.
(8) Tremolières, Soc. anat., 16 oct. 1903.
(9) Sonnenburg, *Arch. intern. de Chir.*, 1903.
(10) Payr, *Arch. für Klin Chir.*, 1903.
(11) Eitel, *A rare omental tumor. Méd. record.* 1903.
(12) Noble, *American journal of abstetrics*, mars 1904.
(13) Otto Simon, *Münh med. Wochensch.*, oct. 1905.
(15) Mauclaire. *Rev. gynecol. et Chirurg. ab.*, 1905.
(16) Smith, *Bull. et mém. Soc. Chir.*, 1906.
(17) Tuffier, *Bull. et mém. Soc. Chir.*, Paris, 1906.
(18) Mauclaire, *Bull. et mém. Soc. Chir.*, 1906.
(19) Lejars, *Bull. et mém. Soc. Chir.*, 1907.

première fois enfin, poser le diagnostic de torsion de l'épiploon, avant l'intervention.

Moins heureux, Lapeyre (20) de Tours, publiait dans la même année à la Société de Chirurgie, deux observations à peu près semblables ; deux torsions de l'épiploon, prises l'une pour une épiplocèle étranglée, l'autre pour une appendicite.

En 1909, enfin le cas de Potherat (21).

Et tout récemment en 1912, le cas de notre maître le Dr Diet (22), chirurgien chef de l'hôpital de Saint-Nazaire.

Je dois dire que deux mémoires importants ont été publiés en France sur les torsions de l'épiploon : le premier, celui de Bender et Heitz paru en 1901, le second celui de Lejars, paru en 1907.

(20) Lapeyre, Deux obs., *Bull. et mém. Soc. Chir.*, 1907,
(21) Potherat, *Bull. et mém. Soc. Chir.*, 1909.
(22) Diet, Obs., in Thèse Barreau, Toulouse, 1916.

ÉTIOLOGIE

Presque toutes les observations publiées jusqu'ici signalent la coexistence d'une hernie, avec la torsion intra-abdominale du grand épiploon, et le cas inédit, que nous publions avec le Dr Diet, est un apport nouveau à cette constatation prédominante. Il y avait une hernie inguinale à droite.

« La cause prédisposante la plus importante pour la production des torsions de l'épiploon, paraît être la présesce d'un sac herniaire » Lucas Championnière.

Il s'agit pour ainsi dire toujours d'une hernie inguinale. Dans les 41 observations publiées à la fin de ce modeste travail, nous voyons que la hernie inguinale est signalée 36 fois, sept fois à gauche, vingt-neuf à droite.

Dans un seul cas le malade était porteur d'une hernie ombilicale (Souligoux et Deschamps.

Aucun cas de hernie crurale, n'est relaté.

Ces hernies étaient le plus souvent anciennes, existant depuis 15 ans, dans le cas d'Oberst, depuis

19 ans, dans le cas de Demons, 16 ans et trois ans, dans ceux de Lucas Championnière.

Ces hernies étaient rarement congénitales. Un cas, cependant celui de Chavamaz.

D'ordinaire, elles étaient restées réductibles jusqu'au moment des accidents (cas d'Oberst, de Desmons, de Bayer, de Monod, de Walther, de Tuffier, etc. etc.).

Dans quelques cas, cependant, l'irréductibilité datait déjà de quelque temps ou même de plusieurs années (Obs. Lucas Championnière et Monod).

Age. — Il semble, toujours d'après les observations, que c'est à l'âge moyen de la vie que les torsions de l'épiploon s'observent le plus fréquemment.

Le plus jeune des malades, celui de Chavannaz, était un bel adolescent de 16 ans : le plus âgé, celui de Wiener, un beau vieillard de 78 ans.

Sexe. — La torsion de l'épiploon, a été constatée plus souvent jusqu'ici chez l'homme que chez la femme. Sur 36 observations, nous trouvons trente hommes et six femmes ; rapport parallèle à celui du nombre des hernies constatées dans les deux sexes.

Antécédents. — Nous ne retrouvons dans les antécédents des malades, aucune maladie pouvant avoir retenti sur le grand épiploon.

A peine trois malades sur 41, ont présenté auparavant, quelques phénomènes abdominaux, et celui de Wiener, celui de Malherbe, qui, « depuis quelques

années avait à cinq reprises différentes, souffert très vivement dans la région inguinale droite, présentant en même des coliques, des nausées accompagnées de vomissements, accidents disparaissant toujours après la réduction de la hernie ».

Causes déterminantes. — Les causes pouvant déterminer la torsion, restent le plus souvent obscures :

1° Parfois, l'omento volvulus, survient brusquement sans cause apparente.

« Il y a environ 4 semaines, sans cause apparente le malade, fut tout à coup pris de violentes douleurs, dans la région iliaque droite, et cette douleur continua par intervalles, jusqu'à son entrée à l'hôpital », (Wiener, obs. IX, Wiart et Renon, obs. XXII).

2° Les tentatives de taxis ont été incriminées.

« Le taxis provoque une mobilité défensive de l'épiploon, à la suite du taxis sa mobilité physiologique peut devenir exagérée, et l'on conçoit déjà que le privilège d'une trop grande mobilité, n'aille pas, sans faciliter, ou déterminer les torsions » (obs. XXV, Capelle ; obs. IV, Monod).

3° Le rôle de l'effort paraît indéniable dans la production de la torsion. « C'est chez les hernieux, porteurs d'une hernie inguinale, le plus souvent droite, que se produit cette torsion à la suite d'un effort » (Lapeyre).

Un homme de 36 ans, porteur d'une hernie ingui-

nale droite, présenta, trois jours après, un effort, les symptômes de l'étranglement herniaire (Demons, obs. II). A la suite d'un effort, le malade a ressenti brusquement une douleur aigüe dans la fosse iliaque droite (Monod, obs. IV).

Notre malade (Obs. Diet et Barreau, XLI), âgé de 47 ans, travaillait chaque jour à manutentionner des madriers et de lourds fardeaux dans un chantier de bois. Homme robuste, large d épaules, très vigoureux, il n'avait jamais eu d'accidents, ni de maladies ; sa seule infirmité était une hernie inguinale droite qui n'avait jamais provoqué de douleurs ou de phénomènes d'étranglement. Mais, dans la journée du 16 octobre, il éprouva brusquement, en soulevant un panier de bois pesant destiné aux usages domestiques, une sensation de torsion dans le côté droit du ventre ; il sentit tout à coup, *au moment de l'effort*, « quelque chose qui se tordait dans son ventre ».

Mais la torsion de l'épiploon n'est pas impossible en dehors de toute hernie. L'omento volvulus peut se rencontrer dans des cas, ou la hernie manque totalement, ce sont à, des faits rares il est vrai mais non exceptionnels.

On a vu, des torsions, associées ou consécutives aux tumeurs développées dans le tablier épiploïque, ou à son bord libre. Tuffier rapporte en effet, l'histoire d'une jeune femme opérée pour tumeur appa-

rue brusquement dans le bassin, tumeur grosse comme les deux poings, inaccessible au toucher vaginal, une constipation opiniâtre était le seul symptôme fonctionnel. A la laparotomie, il trouve un épiploon tordu, auquel pendaient de bas en haut trois kystes hydatiques.

Le volvulus, peut se produire sur un épiploon adhérent à une tumeur pelvienne, kyste de l'ovaire en particulier, (obs. de Payr et d'Otto Simon, 1905).

L'omento volvulus, sans hernie, sans tumeur, se rencontre aussi de temps en temps, on ne s'expliquerait pas au reste, que l'épiploon échappât au volvulus, qu'on a observé à l'heure présente sur tous les organes de l'abdomen.

Eitel signale à ce sujet le cas d'un ascitique, chez lequel, après deux ponctions abdominales, on fit la laparotomie, et l'on reconnut une torsion épiploïque du reste réductible, que l'on se contenta de détordre. Tous les accidents cessèrent et la guérison fut complète.

Il n'est donc plus permis d'affirmer aujourd'hui, comme on le faisait encore il a quelques années, que la torsion de l'épiploon est impossible en l'absence de toute hernie préexistante ; mais il est indéniable, que la présence d'un sac herniaire, constitue la cause prédisposante la plus importante, pour la production de cet accident.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo pathologique, les torsions de l'épiploon, ne peuvent être ramenées à un type unique. Elles présentent des modalités très diverses.

Cependant avec Bender et Heitz, nous croyons pouvoir répartir ces différents cas, en trois grandes classes.

I. — Torsion en un point unique.

II. — Torsion entre deux points fixes (deux adhérences).

III. — Torsion complexe ou torsion anormale.

I. — Torsion en un point unique.

L'épiploon tout entier a en un point variable de sa masse, décrit des tours de spire autour de son axe vertical. La torsion se fait donc en masse et siège en un seul point ; d'ordinaire au voisinage de l'insertion, colique dans le tiers supérieur de l'épiploon, rarement à sa partie moyenne (obs. XIX). Quelque-

fois au collet du sac, et un peu au-dessus (obs. de Oberst, de Monod, etc.).

Dans ce groupe, le plus nombreux, nous rangeons les observations d'Oberst, Demons, Monod, Von Eiselsberg, Peck, Hogenegg, Wiener, Lucas Championnière, Lejans, Potherat, Souligoux et Deschamps, Lucas Championnière et Mauban, Tuffier, OEwein, Vignard, Malherbe, Quenu, Sonnenburg, Trinkler, Mauclaire, Capelle, Trémolières, Payr, Eitel, Noble, Otto Simon, Smith, Lapeyre, Potherat.

II. — Torsion entre deux points fixes.

Ce groupe, comprend les cas de Demons, de Bayer, de Walther, de Von Baraez, de Moresco, de Diet.

Déjà immobilisé au colon tranverse, l'épiploon peut trouver un deuxième point fixe à sa partie inférieure généralement. Le plus souvent ce deuxième point fixe, est établi par une adhérence. Une adhérence sacculaire, un étranglement momentané au collet du sac, pourraient réaliser cette fixité.

Les tours de spire se produisent auprès des deux points fixes.

Dans le cas de Demons, nous trouvons signalée une adhérence au sac herniaire. « L'épiploon s'était tordu sur lui-même à son extrémité inférieure au-

dessus de la petite adhérence ; une autre torsion existait immédiatement au-dessous du colon transverse.

Dans l'observation de von Baracz, l'épiploon s'insérait à la partie inférieure d'un sac très épais par un cordon dur, 5 à 6 fois tordu sur lui-même, cordon d'aspect bleuâtre, de la grosseur de l'index. Ce cordon se prolongeait dans le canal inguinal, et aboutissait à la partie supérieure, sur une tumeur du volume d'une orange, tumeur d'aspect lobulé, et parcourue par de grosses veines saillantes au-dessus de la tumeur, une deuxième torsion en sens inverse, séparait la partie lésée de la portion restée saine.

Le cas de Bayer, présente une disposition un peu plus compliquée. Ici également deux torsions, mais une partie de la masse épiploïque comprise entre les deux points tordus, supérieur et inférieur est contenue dans le sac.

Dans l'observation de Moresco, la portion épiploïque hernié avait contracté des adhérences nombreuses avec les parois du sac. Cette masse présentait au niveau du collet, une torsion très serrée, formée par plusieurs tours de spire.

Une deuxième torsion siégeait au voisinage de l'insertion colique la portion intermédiaire, formait une masse ovoïde du volume d'une tête de fœtus.

Dans notre observation (Diet 1912), on note, une

torsion du pédicule épiploïque a son insertion supérieure (T. paracolique) de gauche à droite.

Une torsion de l'épiploon au point d'étranglement dans l'anneau supérieur de droite à gauche.

Une portion intermédiaire formait une masse bosselée.

III. — Torsion complexe ou torsion anormale.

Ces torsions quelquefois constatées peuvent être difficilement expliquées.

Dans ce groupe doivent être classées, les observations de Chavannaz, de Hettz, Bender, Wiart et Renon, etc.

Chavannaz « derrière une hydrocèle vaginale coiffée d'un kyste du cordon, rencontre une masse épiploïque, formant un nœud bizarrement constitué. L'ensemble avait l'aspect d'un battant de cloche, du volume du pouce et adhérait fortement au sac herniaire. Lorsque la masse eut été resequée, on peut se rendre compte de sa disposition exacte. L'extrémité interieure de la corde épiploïque repliée en anse et devenue ascendante s'était enroulée autour de la masse principale de l'épiploon en formant une sorte de bague.

Dans le cas de Heitz et Bender, l'épiploon était au niveau de ses deux tiers inférieurs, divisé en deux masses, dont les pédicules, s'étaient enroulés l'un

autour de l'autre, rappelant la dispositon d'une tresse.

Après avoir observé ces divers cas, envisageons maintenant les lésions que présentait la masse épiploïque étranglée, et celles que les autres organes présentaient à leur tour.

Attendu que la plupart des auteurs, ont incisé en vue d'une kelotomie, le sac herniaire a été le premier organe examiné.

Sac herniaire. — On peut dire que ce sac existait constamment et du même côté que la tumeur épiploïque, et daans la grande majorité des cas, l'épiploon y était contenu, quelquefois le sac était vide.

Il était le siège de modifications, de certaines altérations.

Les adhérences : sont signalées dans un tiers environ des observations, parfois grêles, uniques, comme dans l'observation Potherat, parfois épaisses en forme de cordon, (obs. Demons) elles peuvent être lâches et récentes, molles, celluleuses, se laissant facilement détacher (obs. Oberts, Tuffier), parfois, au contraire, multiples et anciennes, et unissant intimement l'épiploon aux parois du sac (obs. Hachenegg).

On note l'absence de toute anse intestinale dans le sac herniaire, l'absence d'étranglement de l'épiploon par le collet du sac. « L'étranglement de l'épiplocèle fait défaut », « L'anneau était peu serré

dit Desmons », il était libre dans le cas de Heitz et Bender, et admettait facilement le passage du doigt.

Tours de spire. — Le nombre des tours de spire est variable, on n'en rencontre qu'un seul dans le cas de Lucas Championnière et Mauban. Le maximum paraît être de six (obs. Monod) et on trouve tous les intermédiaires.

Dans notre observation, il y avait quatre tours de spire au niveau de la partie supérieure et quatre au niveau de la partie inférieure.

Volume du pédicule. — Il n'a pas toujours été noté. Lucas Championnière parle d'un pédicule étroit, et tordu sur lui-même. Lejars décrit un pédicule gros comme les deux pouces, long de 4 à 5 cent. Diet un pédicule de la grosseur de l'index.

La masse épiploïque située au-dessous de la torsion, est généralement d'assez fortes dimensions. Elle est comparée aux deux poings par Desmons à une tête de fœtus à une orange. Elle présente des lésions microscopiques peu sensibles, le plus souvent la coloration est jaune violacée, ou noirâtre, souvent aussi d'un gris sale, parfois d'aspect sphacélique. C'est une masse compacte sillonnée de grosses veines.

Etat des organes voisins. — Dans presque chaque observation, il y avait quelques symptômes de péritonite. Le péritoine était généralement épaissi, extrêmement vasculaire. Un épanchement ascitique lé-

ger a quelquefois été noté. Des adhérences entre l'intestin et la tumeur, ont aussi été signalées.

Anatomie pathologique microscopique. — L'examen histologique de l'épiploon a été fait dans sept cas seulement.

Blanc, affirme que ce qui le frappait le plus de prime abord, c'était la dilatation des vaisseaux et l'infiltration hémorragique (Reynier, Th. de Paris, 1899).

Mauclaire ne pense pas autrement, « les vaisseaux « dit-il, étaient gorgés de sang, et leur coupe trans- « versale arrondie ; on constatait une dilatation « énorme, de nombreux vaisseaux capillaires, à pa- « roi très mince, et leur assemblage donnait l'aspect « d'une angiome. De plus, les moindres vaisseaux « capillaires si petit que soit leur calibre, étaient gor- « gés de sang, et les fentes du tissu conjonctif bor- « dées de cellules plates, avaient été transformées en « cavités plus ou moins grandes, pleines de sang.

« Quant à l'infiltration hémorragique, elle se pré- « sentait par nappes plus ou moins étendues. Au mi- « lieu de ces nappes, le tissu conjonctif montrait ses « faisceaux dissociés en tractus d'épaisseur varia- « ble, présentant la disposition d'un reticulum, dont « les mailles seraient pleines de sang. Il n'y avait « pas de réticulum fibreux apparent, pas d'organisa- « tion du dépôt sanguin, pas d'agglomération, de cel- « lules inflammatoires autour des vaisseaux. En un

« mot, c'était une sorte d'apoplexie, caractérisée par « la dilatation de tous les vaisseaux et l'hémorragie « interstitielle ».

Sur une coupe, pratiquée à la partie moyenne du pédicule, le Dr Landel (Obs. Quenu), trouve les lésions suivantes :

« La plupart des gros vaisseaux sont aplatis, les « parois internes sont accolées, ces vaisseaux sont « vides et ne paraissent pas perméables.

« Les veines de petites dimensions et les capillaires sont dilatés par les globules sanguins ; quelques-uns présentent un début de thrombose. Exsudat hémorragique interstitiel d'autant plus abondant qu'on le rapproche davantage de l'extrémité « inférieure du pédicule.

« A la partie inférieure du pédicule, les artères « sont vides mais ont repris leur forme, les veines « et les capillaires sont distendus par les globules « sanguins ».

MM. Hartmann et Raymond, qui se sont particulièrement occupés des torsions du pédicule de la rate mobile, des kystes de l'ovaire ou des salpingo ovarites ont rencontré chaque fois trois degrés de lésions.

Peut-être les trouverait-on aussi dans les torsions de l'épiploon ?

Au premier degré, une torsion incomplète, à peine serrée, diminuant en ce point la lumière des vais-

seaux, les dilatant dans leur trajet, susjacent et ne gênant que peu la circulation.

Au deuxième degré, une torsion plus serrée, presque complète, rétrécissant encore davantage la lumière des vaisseaux et déterminant, dans la partie inférieure, une hémorragie diffuse.

Au troisième degré, une torsion complète et très serrée, amenant une thrombose véritable des vaisseaux avec sphacèle de l'épiploon.

PATHOGÉNIE

« Quelque ingéniosité que l'on ait développée, disait en 1907 Lucas Championnère à la Société de Chirurgie, pour donner l'explication du mode de formation des torsions de l'épiploon, je n'en connais aucune qui soit satisfaisante ».

L'opinion de Lucas Championnère n'a rien perdu de sa valeur et la question du mécanisme des torsions de l'épiploon ne peut être encore, à l'heure actuelle, complètement résolue, les cas observés sont encore trop peu nombreux et n'ont pas été étudiés d'une manière assez complète pour que nous puissions en fixer, avec précision, la pathogénie.

Pour qu'il puisse être tordu, l'épiploon doit d'abord être mobile. On sait, depuis les travaux de Milian, de Roger, que cet organe est doué d'une mobilité indiscutable, bien qu'il en contienne pas, dans son épaisseur, la plus petite trace de fibres musculaires. Et ces mouvements de l'épiploon, suivant la remarque du professeur Cornil, sont « intelligents », c'est-à-dire qu'à la moindre alerte dans

la cavité abdminale, l'épiploon se précipite au point menacé.

Est-ce un orifice traumatique, coup de couteau, balle ou orifice herniaire, il vient obturer la solution de continuité, même quand l'orifice est au plus loin (plaie du diaphragme, hernie inguinale). Y a-t-il une ulcération intestinale, une perforation appendiculaire ou autre ? L'épiploon vient s'étaler au devant et contracte des adhérences avec l'organe malade pour limiter, si c'est possible, l'infection (1).

Toutes les causes, favorisant les mouvements épiploïques, efforts fatigués, manœuvres de taxis, contractions intestinales, péristaltiques et antipéristaltiques, orifices herniaires surtout, favoriseront aussi sa torsion. Cette torsion ne doit pas se faire complètement d'un seul coup : il est probable qu'elle se produit lentement et d'une façon progressive, puis sous l'influence d'un traumatisme plus intense, d'un effort plus violent, les tours de spire se resserrent et les phénomènes d'étranglement apparaissent.

Mais nous croyons que dans les divers cas, la pathogénie de la torsion épiploïque ne peut être univoque, et reconnaît un mécanisme différent suivant les modes de torsion.

(1) Il semble que les mouvements propres de l'épiploon soient la résultante des mouvements élémentaires des leucocytes.

I. — Torsion au-dessous d'un point fixe : Torsion en masse.

a) L'épiploon flotte librement au-devant des anses intestinales, il n'a pas contracté d'adhérences avant de se tordre ou sera le point fixe ? Le point fixe sera situé tout à fait à la partie supérieure, au niveau de l'insertion colique, et la torsion en masse de l'épiplonn s'explique très bien.

Dans les cas de Lucas Championnière (obs. X), la tumeur remontait jusqu'au bord inférieur du colon, et elle lui était rattachée par un pédicule étroit et tordu sur lui-même.

b) L'épiploon a contracté une ou plusieurs adhérences avant de se tordre. Même lorsqu'il y en a plusieurs, celle qui est située le plus bas sur l'épiploon, immobilisant toute la partie qui s'élève au-dessus d'elle, pourra être considérée comme si elle était seule.

Cetie adhérence, jouant le rôle de point fixe, la torsion de l'épiploon, autour de ce seul point unique, se fera dans la partie située au-dessous.

Autour de ce point fixe, l'épiploon, va tourner et la présence d'un sac herniaire, dans lequel il s'engage, s'étire, adhère, s'épaissit, semble créer à la torsion les meilleures conditions pathogéniques. Par suite de la situation passagère ou permanente de l'extrémité inférieure de l'épiploon dans le sac, la

longueur de l'organe est accrue, sa forme devient plus « ramassée » et ne permet plus un étalement complet au-devant de l'intestion ; (les gros noyaux d'épiploïte chronique, qu'on trouve dans les épiplocèles finissent par constituer dans l'épaisseur de la membrane « plissée » des tumeurs lourdes, déclives, toutes prêtes à se déplacer latéralement, à tourner sur elles-mêmes une fois réduites et les mouvements de va et vient qu'elles exécutent, les tentatives de taxis, exagèrent cette tendance à l'enroulement) (Lejars).

II. — Torsion entre deux adhérences.

Sous l'influence d'un processus irritatif, des adhérences s'établissent entre la masse épiploïque et le sac herniaire.

L'épiploon ainsi adhérent est tendu entre deux points fixes, son implantation colique d'une part, son adhérence sacculaire de l'autre.

Dans notre observation, comme dans celle de Demons, nous trouvons une adhérence au sac d'une part, à l'insertion colique d'autre part, et nous ne trouvons aucune trace d'adhérence ancienne ayant pu immobiliser l'épiploon.

Ce volvulus, entre deux points fixes, explique le mécanisme des doubles torsions, l'une supérieure, paracolique : l'autre inférieure, intrasacculaire et de

sens inverse. Supposons un mouchoir accroché par ses deux extrémités, la portion comprise entre les deux points fixes est flottante et peut tourner autour de son axe vertical. Saisissons cette portion et faisons lui subir un mouvement de rotation : une torsion va se produire, à chaque extrémité.

Cette masse épiploïque ainsi fixée doit subir d'une façon marquée l'influence des petits traumatismes qui peuvent atteindre une hernie, qu'ils résultent, soit d'un effort, soit d'une tentative de taxis, soit surtout des mouvements péristalliques intestinaux : l'épiploon déplacé tout d'abord finit par s'enrouler.

III. — Torsions complexes

Quant aux torsions complexes, nous nous bornerons à en enregistrer la possibilité sans pouvoir en expliquer le mécanisme.

SYMPTOMATOLOGIE

Les torsions de l'épiploon n'ont pas à vrai dire de sémiologie qui leur soit propre, dans une grande partie des observations publiées, on est frappé de voir que les accidents signalés, simulent à s'y méprendre, tantôt ceux de l'épiplocèle irréductible, tantôt ceux de la hernie étranglée, tantôt ceux de l'appendicite, au point d'occasionner des erreurs toujours regrettables.

Il ne faut cependant pas confondre cet étranglement de l'épiploon par auto-constriction avec l'étranglement herniaire et, dans ce but, nous allons étudier les symptômes que l'on a eu l'occasion d'observer jusqu'ici.

Pour la clarté de notre exposé, nous les diviserons en signes fonctionnels, et signes physiques, que nous passerons sucessivement en révue, après avoir établi quelques considérations sur le début de l'affection.

I. — Début.

Le plus souvent, les accidents débutent brusquement. A la suite d'un effort, après un travail pénible, ou même parfois sans cause appréciable, un malade porteur d'une hernie, généralement ancienne, et réductible, dont il n'avait quelquefois jamais souffert, est pris d'une douleur brusque, intense, siégeant au niveau du sac et se généralisant très vite, aux parties inférieures de l'abdomen. Le volume de la tumeur herniaire a augmenté ; elle est devenue dure et irréductible. Dans d'autres cas, le début violent et dramatique, fait complètement défaut.

Les symptômes sont lents et insidieux, comme dans l'occlusion chronique. En général, c'est une douleur assez vive, s'accompagnant de tuméfaction du sac herniaire et d'une irréductibilité plus ou moins absolue. On peut observer quelques vomissements, des phases de constipation suivies de débâcles, mais, à l'origine tout au moins, la maladie ne semble pas être grave.

Le malade de Hochenegg, souffrait depuis deux ans, de l'estomac, au niveau duquel il éprouvait de la pesanteur, ces poussées douloureuses coïncidant chaque fois avec des tiraillements du côté de la hernie ; celui de Heitz -et Bender, était porteur d'une hernie inguinale gauche, qui, depuis quelque temps, le faisait beaucoup souffrir.

II. — Signes fonctionnels.

La douleur, est un signe constant. A part le cas de Chavannaz, nous ne l'avons jamais vu manquer.

C'est une douleur brusque, vive, angoissante, qui ouvre la marche des accidents.

Le malade de Monod la compare à un coup de de couteau.

Notre malade éprouva tout à coup une sensation airoce de torsion dans le côté droit du ventre, comme une colique d'une intensité effroyable.

Cette douleur, est le plus souvent, continue, progressive, mais aussi quelquefois intermittente. Dans un certain nombre d'observations en effet (obs. Wiener, Vignard, Malherbe) on a signalé une sédation des symptômes vers le deuxième ou le troisième jour, suivie, d'ailleurs, à brève échéance d'une aggravation sérieuse qui a commandé l'intervention.

Son siège est le plus souvent au niveau du sac, mais elle s'irradie très rapidement aux parties inférieures de l'abdomen et envahit même parfois l'abdomen tout entier. Localisée au niveau de la fosse iliaque, comme dans le cas de Lejars, et restant plus accusée à ce niveau, elle incite le clinicien à porter le diagnostic d'appendicite.

- *Les vomissements* sont fréquents, mais ne paraissent pas être la règle (un tiers des cas). Quand ils se montrent, c'est généralement vers le début ; ils sont

alors très violents, tenaces, persistants, d'abord alimentaires, puis muqueux, puis bilieux, très exceptionnellement fécaloïdes, comme dans l occlusion intestinale.

Les nausées ont été notées dans quelques observations.

Le hoquet est exceptionnel.

Les signes intestinaux ont ici une très grande importance.

La constipation est un symptôme fréquent ; quelquefois absolue, elle n'est le plus souvent qu'incomplète. Pendant toute la durée des phénomènes en effet, sauf peut-être au début des accidents, les selles peuvent se produire soit spontanément, soit à l'aide de lavements.

Cependant, dans son observation, Tuffier, note un arrêt complet des matières. Le malade vide dans les premières heures qui suivent l'accident le bout inférieur de son intestin, puis la suppressions des gardes robes est absolue.

L'émission des gaz par l'anus, est le plus souvent conservée.

La réaction péritonéale est très variable.

Une seule fois, dans l'observation de Lapeyre, nous avons rencontré la forme aiguë de péritonite caractérisée par de violents frissons, ouvrant la scène, au milieu de douleurs très vives, d'abord localisées au côté droit du ventre, puis s'étendant à

tout l'abdomen. Les douleurs s'accompagnaient de vomissements incessants, porracés ; l'état général était mauvais, et M. Lapeyre crut à une péritonite diffuse d'origine appendiculaire et, à cause de la gravité de l'état général, il décida de ne pas intervenir.

Mais en général, aucun des phénomènes signalés ne présente de pareils symptômes d'acuité, d'intensité, ni de gravité.

A peine relève-t-on quelquefois un léger péritonisme.

Nous n'avons jamais constaté, que le moindre mouvement, le contact des couvertures, la toux aient exaspéré les douleurs, au point de les rendre intolérables.

L'état général du malade n'offre pas de particularités très intéressantes à noter.

Le pouls ne subit pas de grandes variations. Il est en général un peu plus rapide (à 100), bat le plus souvent un peu moins vite, reste quelquefois bien frappé (Lejars), mais est le plus souvent un peu plus faible qu'à l'état normal : ce n'est jamais le pouls petit, fuyant, rapide, des infections péritonéales aiguës.

La température est le plus souvent un peu au-dessus de la normale : 38°, 38°,5, c'est une fièvre tout à fait modérée, mais qui manque rarement.

Le facies se modifie, s'altère légèrement. « Le vi-

sage est pâle et inondé d'une sueur froide, mais jamais on ne note ce facies plombé des grandes toxémies avec des yeux enfoncés, entourés d'un cercle bistré, avec des conjonctives un peu ictériques et ce regard flou, vague, lointain, absent. » (Guinard).

Signes Physiques

Les signes physiques ont ici une très grande importance.

Ce sont eux qui, méthodiquement recherchés, permettront, dans la grande majorité des cas, de faire un bon diagnostic.

L'inspection permettra de trouver un ventre quelquefois ballonné dans son ensemble, d'autres fois simplement plus volumineux au niveau du point où les phénomènes douloureux ont éclaté.

Cette augmentation de volume *de l'abdomen coïncidera le plus souvent* avec un plus ou moins grand développement de la tumeur herniaire, mais elle sera isolée dans certains cas, la hernie pouvant être vide et même manquer totalement et la torsion épiploïque se présenter comme un processus exclusivement intra-abdominal.

La palpation devra être faite très prudemment, avec beaucoup de douceur. Nous trouverons, en général, une sensibilité assez grande à la pression sur toute la région occupée par la tumeur et même un peu au-delà.

Il sera facile de se rendre compte de l'existence d'une tumeur, d'en préciser les limites, de constater que, dans les cas de hernie irréductible, la tumeur herniaire se prolonge à travers le canal jusque dans la cavité abdominale par une sorte de cordon épais, irrégulier et dur.

Le malade de Lejars présentait, dans la moitié droite du ventre, une tumeur qui remplissait la fosse iliaque et qui, en bas, était réunie par un gros cordon au contenu herniaire.

« Cette tumeur abdominale est d'ordinaire volumineuse, grosse comme une tête, parfois comme les deux poings et remonte haut. Elle est de contours un peu irréguliers et indécis et se laisse pourtant circonscrire, prendre en masse, déplacer un peu latéralement : elle ne se prolonge point au dehors jusqu'au bord latéral du bassin ; elle occupe la fosse iliaque mais ne la remplit pas toute entière et l'on retrouve d'ordinaire, sur le côté externe de la masse, une bande dépressible et sonore. Elle est douloureuse au palper dans les premiers jours : elle reste très sensible dans les jours qui suivent : on n'y relève pas de douleur aiguë, lancinante, des suppurations en évolution. Sous les doigts, elle apparaît comme une masse immédiatement accolée à la paroi, épaisse, compacte, un peu bosselée, un peu nodulaire et donnant, à la pression, une sensation assez particulière d'infiltration diffuse.

Dans le cas où la torsion épiploïque est combinée à une hernie irréductible, on sent qu'elle ne finit pas au-dessus de l'arcade crurale et qu'il n'y a point de pôle inférieur limitable sous lequel les doigts puissent se glisser. On constate à ce niveau qu'elle se continue à travers le canal inguinal par un cordon épais, dur, irrégulier qui vient se perdre dans le contenu de la hernie et ce contenu herniaire est de la même consistance que la masse plus haut située dans l'abdomen » (Lejars).

Si la hernie manque totalement et si la torsion se présente comme un processus exclusivement intra-abdominal, on trouvera, alors seulement, une tumeur située en partie dans le bassin, en partie dans l'abdomen, grosse comme les deux poings, médiane, arrondie. Elle est le plus souvent inaccessible au toucher vaginal.

Enfin, dans les cas où la torsion est basse, sacculaire ou juxtasacculaire, on aura une tumeur inguinale, le plus souvent irréductible, tumeur mate continue avec un cordon épais, dur et irrégulier qui s'enfonce dans la cavité abdominale : l'on pourra quelquefois sentir qu'il vient se terminer sur une masse rétropariétale étalée au-dessus du pli de l'aine et remontant vers l'ombilic, à contours mal définis, qui n'est autre que la partie supérieure du tablier épiploïque.

S'il existe une *hernie*, l'on s'assurera, si elle est

ou non réductible, mais en n'employant que des manœuvres aussi douces que brèves.

La toux ne provoquera qu'un léger mouvement d'impulsion.

On ne percevra pas de bruit de gargouillement.

On pourra parfois constater les signes d'un épanchement ascitique.

La percussion donnera de la matité ; que la tumeur soit abdominale ou herniaire, elle devra être superficielle.

Quelquefois, la percussion profonde de l'abdomen donnera, au niveau de la tumeur, de la sonorité (tumeur rétro-pariétale).

Tels sont, ainsi groupés, les deux ordres de symptômes physiques et fonctionnels signalés dans les observations ci-jointes.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des torsions de l'épiploon est en général difficile et cela est si vrai que, parmi les cas qui ont été observés jusqu'à ce jour, le diagnostic exact n'a pu être porté que deux fois.

La plupart du temps, on a porté le diagnostic d'étranglement herniaire. Dans des cas moins aigus, Championnière pensa à une épiploïte et nous avons vu (obs. XI) Lejars, diagnostiquer une appendicite.

Au point de vue du diagnostic et pour simplifier la question, connaissant les connexions intimes qui relient la torsion épiploïque à la hernie inguinale, et le plus souvent à la hernie inguinale droite, nous rangerons avec Lejars les faits en trois catégories :

I. — Torsions épiploïques, combinées à une hernie irréductible ;

II. — Torsions épiploïques combinées à une hernie vide ;

III. — Torsions sans hernie.

I. — Torsions épiploïques combinées a une hernie irréductible.

Dans ce cas, deux formes principales se présentent : 1° la forme herniaire pure (hernie irréductible sans cœxistence de tumeur abdominale) ; 2° la forme herniaire compliquée de forme abdominale (hernie irréductible cœxistant avec une tumeur abdominale, les deux tumeurs étant réunies par une corde épiploïque.

A. — *Forme herniaire pure.* — Ici la torsion est basse, isolée, sacculaire ou juxta-sacculaire.

A la suite d'un effort, un malade porteur d'une hernie ancienne et réductible, est pris d'une douleur brusque, déchirante, siégeant au niveau du sac et se généralisant très rapidement aux parties inférieures de l'abdomen. Le volume de la tumeur herniaire a augmenté ; elle est devenue dure et irréductible et la palpation cause de vives douleurs. A la persécution, tumeur mate.

Elle est continuée, à travers le canal inguinal, par un cordon épais, dur, irrégulier, qui s'enfonce dans la cavité abdominale.

On est frappé de voir que ces accidents, simulent, à s'y méprendre l'étranglement herniaire, spécialement l'étranglement épiploïque, car Gosselin décrit ainsi les accidents aigus qui compliquent ces épiplocèles. « Un malade, dit-il, porte depuis un certain

temps une épiplocèle. Celle-ci était réductible ou devenue peu à peu irréductible, par suite d'épiploïte larvée et par la formation d'adhérences. Tout à coup, la tumeur devient plus volumineuse : si elle était réductible, elle ne se réduit plus, elle devient chaude, douloureuse à la pression et pendant les mouvements. Puis, apparaissent les nausées, les vomissements, la constipation ».

Le diagnostic d'épiplocèle étranglée ou en l'état d'irréductibilité aiguë semble donc s'imposer d'ordinaire.

La brusquerie initiale des accidents, l'acuité particulière des douleurs et leur irradation abdominale, la découverte d'un volumineux cordon dur et tendu au niveau et au-dessus de l'anneau inguinal interne, seront de nature à faire suspecter la torsion.

Il faudra donc examiner attentivement la fosse iliaque et la région inguinale profonde. C'est de cette façon qu'on pourra éviter l'erreur : erreur peu grave, car dans l'opération, on est conduit à prolonger l'incision et à enlever toutes les portions altérées de l'épiploon, et par suite de remonter jusqu'au pédicule de torsion.

B. — *Forme herniaire, compliquée de forme abdominale.* — Une tumeur herniaire coexiste ici avec une tumeur abdominale et les deux masses sont réunies par une corde épiploïque.

Dans les torsions aiguës, les accidents débutent

brusquement, après un effort, un travail pénible, quelquefois sans cause appréciable : ils débutent par une douleur intense, qui occupe la hernie, la fosse iliaque et bientôt s'étend dans tout l'abdomen, par des nausées, par quelques vomissements bilieux. Il n'y a pas d'arrêt stercoral, pas de signes d'étranglement vrai : du reste, on n'a jamais retrouvé l'intestin dans les hernies ainsi compliquées de torsion épiploïque intra abdominale. — La fièvre survient — fièvre modéré 39°, 38°,5 —, mais qui manque rarement. La hernie est tendue et douloureuse et c'est de ce côté, surtout si le contenu herniaire est volumineux, que se concentre l'attention, les accidents abdominaux, le ballonnement, la sensibilité, la rigidité de la paroi, passant pour des réactions secondaires.

On n'examine pas l'abdomen et l'on porte alors le diagnostic *d'épiplocèle irréductible*. Or, c'est *l'exament soigneux et précis du ventre*, qui, dès cette période initiale, permettrait un diagnostic, sinon de certitude, du moins de vraisemblance.

Au bout de quelques jours, la douleur s'atténue le plus souvent, au niveau de la hernie, qui reste irréductible : elle persiste et *se localise dans la fosse iliaque* et là, on découvre alors un *plastron*, *une tumeur*, et devant cette évolution des accidents, ce début aigu fébrile, suivi de l'apparition d'une tuméfaction iliaque, on *pense à l'appendicite*, et la hernie ne devient qu'une complication banale.

L'exploration de la tumeur abdominale, fournit, dans ce cas, les meilleurs éléments de diagnostic.

« Cette tumeur épiploïque ne ressemble pas complètement au plastron appendiculaire, elle est plus allongée de l'arcade crurale au rebord costal ; plus *interne* aussi ; elle ne se prolonge pas jusqu'au bord latéral du bassin, et l'on retrouve d'habitude sur son côté externe, une bande dépressible et sonore. De contours peu réguliers et indécis ; adhérente, elle se laisse pourtant prendre en masse, et déplacer latéralement ; elle est d'ordinaire très grosse, comme la tête, comme les deux poings, et remonte haut.

« En bas, si l'on insiste suffisamment, on arrive à se rendre compte qu'elle ne finit pas au-dessus de l'arcade crurale et qu'il n'y a point là de pôle inférieur, limitable, reconnaissable, et sous lequel les doigts puissent se glisser. On constate, à ce niveau, qu'elle descend sous l'arcade, en se rétrécissant un peu et figurant un gros cordon noueux tendu, qui, plus bas, se perd dans le contenu de la hernie et ce contenu herniaire est de la même consistance que la masse plus haut située dans l'abdomen », (Lejars).

Cette similitude des caractères physiques au palper, cette continuité de la masse abdominale et de la masse herniaire, lorsqu'elles sont soigneusement constatées, deviennent un important élément d'interprétation clinique.

D'autre part, si les accidents initiaux sont aigus et brusques, ils ne revêtent pourtant pas, à un examen raisonné, la gravité de ceux de l'appendicite, tout au moins d'une appendicite qui se traduirait aussi vite, par une pareille tumeur inflammatoire.

L'hypothèse d'une suppuration appendiculaire de pareil volume, ne cadre guère avec les accidents atténués et de date récente que l'on observe ici. En effet, comme dans toutes les torsions, la fièvre est peu élevée, le pouls peu rapide et les réactions péritonéales assez discrètes.

De plus, cette appendicite coexiste avec une hernie épiploïque irréductible, qui l'est devenue précisément au moment du début des accidents.

En tout état de cause, l'on ne devra pas oublier que parfois, l'appendice est située à gauche.

L'omento-volvulus n'affecte pas toujours d'ailleurs le début brusque et les allures aiguës dont nous venons de parler. Comme pour les pédicules ovariens, pour les fibrômes utérins, il y a là aussi des torsions incomplètes, chroniques, successives, par étapes. Chez un malade de Riedel, la crise terminale de volvulus complet, serré, avait été précédée à un mois, trois mois de là, par une crise initiale, atténuée, caractérisée par des douleurs et des vomissements, de durée courte, qui, après elle, avait laissé une certaine sensibilité, une certaine pesanteur de la région ilio-inguinale.

Ces accidents antérieurs larvés sont à rechercher, dans les cas ou la torsion épiploïque aiguë, demande a être discutée, et ils mettront quelquefois le clinicien sur la voie du diagnostic.

II. — Torsions épiploïques combinées a une hernie vide.

On trouve ici encore une hernie inguinale, mais elle est vide. « Malgré cela, il est important de la constater, d'y insister. Rapprochée du début des accidents et des résultats de l'exploration intra-abdominale, elle peut servir au diagnostic » (Lejars).

1^er^ cas. — Le sac n'est vide que depuis peu de temps et une réduction plus ou moins malaisée a été le point de départ des accidents.

Un malade était porteur, depuis son enfance, d'une hernie inguinale droite réductible. Le 31 décembre 1899, il la réduit avec beaucoup de peine. Dans la soirée, il est pris d'un grand frisson, de douleurs abdominales violentes, de vomissements : la température est de 38°4.

Les accidents persistent et s'aggravent les jours suivants.

L'anneau inguinal est libre.

Dans la fosse iliaque, on trouve une masse rénitente, dure, d'une sensibilité extrême. Hochenegg pense à une réduction en masse avec persistance

d'un étranglement interne. Il opère et trouve une torsion épiploïque.

2e *cas.* — On trouve un sac herniaire vide et une tumeur abdominale du même côté : nulle connexion n'est relevée entre l'un et l'autre (Obs. Peck, Tuffier).

Un malade, dit Tuffier, était porteur d'une hernie inguinale gauche. Il présentait, depuis 24 heures, tous les signes d'une occlusion intestinale. Il présentait aussi une tumeur siégeant à la partie interne de la fosse iliaque gauche, allongée, à grand axe vertical, mate à la persécution.

A la laparotomie, on trouve une torsion à double tour de spire de l'épiploon : elle naît au-dessous de l'estomac et est fixée en bas, au niveau du canal inguinal.

Bien que, actuellement, il n'existe plus de connexions, dans les cas de ce genre, entre la masse abdominale et la hernie, la préexistence de cette hernie, son ancienneté, les accidents douloureux dont elle a pu être le siège, méritent d'être notés et rapprochés du caractère un peu étrange de la tumeur profonde de son volume considérable d'emblée, de sa consistance, ils sont de nature à faire hésiter à poser un diagnostic.

La tumeur épiploïque ne ressemble pas au plastron appendiculaire, mais elle a ses caractères bien précis que nous avons signalés déjà.

III. — Torsion sans hernie.

La torsion épiploïque se présente ici avec ses symptômes habituels (tumeur parfois volumineuse, douleur abdominale violente, constipation, nausées, température à 38°,5, pouls à 100), mais ici tout se passe dans l'abdomen.

Le diagnoctic présente de réelles difficultés.

Habituellement, on pourra sans hésitation, éliminer *l'occlusion intestinale*, grâce à la naiure des vomissements, grâce surtout à l'absence d'arrêt des matières et des gaz, à l absence de ballonnement.

L'appendicite elle-même se différenciera par ses symptômes généraux beaucoup plus accusés, par la localisation de la douleur et de la tuméfaction au point de Mac Burney.

Le diagnostic de torsion de l'épiploon ne pourra se faire, on le voit, que par exclusion. « Cet omento-volvulus exclusivement abdominal, sans hernie indicatrice est de beaucoup le plus rare, et le plus malaisé à reconnaître : pourtant la bénignité relative des accidents, pourront mettre sur la voie du diagnostic, et tout au moins quand la masse occupe la fosse iliaque droite, empêcher de la confondre avec une vaste suppuration appendiculaire », (Lejars).

PRONOSTIC

Toutes les variétés de torsion d'organes intra-abdominaux sont d'un pronostic grave d'une façon générale. Les torsions de l'épiploon, font-elles ou non exception à la règle ?

La réponse est difficile, puisque les divers cas qui ont été observés, ont bénéficié pour ainsi dire de l'erreur de diagnostic qui a été commise et de l'intervention chirurgicale, qui en a été la conséquence. Quoiqu'il en soit, l'aggravation des symptômes, a toujours été telle, qu'elle a conduit les chirurgiens à opérer les malades.

La terminaison est donc toujours donnée par le résultat opératoire.

Si l'on considère les résultats des opérations pratiquées, on voit qu'à la condition d'intervenir d'une façon précoce, le pronostic peut être considéré comme bénin.

Des 41 observations réunies, 6 ont eu la mort pour dénouement, mais il y a lieu de noter que, trois fois, elle survint à la suite d'une intervention régulière et

par le fait d'une complication accidentelle, (broncho-pneumonie grippale chez le malade de Monod, broncho-pneumonie chez celui de Bender et Heitz, trois semaines après l'opération, alors que l'état local permettait de le considérer comme guéri, délirium tremens suraigu dans le cas de Lejars).

Mais que deviendrait un épiploon tordu abandonné à lui-même ? Quelle serait la terminaison naturelle de l'affection ?

En dehors même des douleurs et des adhérences dangereuses qu'elle crée souvent, la tumeur épiloïque peut devenir le siège de lésions plus graves.

Elle peut d'abord se sphacéler en totalité ou par segments. Le pédicule tordu et fortement serré, peut s'amincir rapidement, comme dans le cas d'Oberst, l'amincissement étant extrême, une rupture du pédicule peut se compléter, et l'épiploon peut constituer un corps étranger dans la cavité abdominale.

Wiesenger, découvrit ainsi dans la région iléo-cœcale une masse épiploïque grosse comme une tête d'enfant, adhérente, entièrement détachée de son pédicule en voie de nécrose.

Il est permis aussi d'envisager la possibilité, par rupture du pédicule, d'hémorragies assez abondantes pour amener la mort : nous savons en effet, que les vaisseaux sont perméables à la partie supérieure du pédicule.

Enfin, la tumeur tordue peut donner lieu à des ac-

cidents péritoniques intenses. L'état général subit une atteinte profonde et une paralysie réflexe de l'intestin amène des signes d'occlusion et de stercormie. On observe de l'ascite, des ulcérations de la muqueuse gastrique s'accompagnant d'hémorragies, provenant des points nécrosés ; ou bien des lésions de péritonite diffuse avec exacerbation très grande des douleurs et atteinte profonde de l'état général ; le malade meurt dans le collapsus trente-six heures après l'opération. « Il meurt dans le collapsus dit Lapeyre, peut-être à cause du retard que j'ai mis à intervenir ». Ce chirurgien se reproche donc d'avoir temporisé et pense qu'une intervention radicale aurait sauvé son malade.

Mais ces divers accidents ne doivent pas entrer en ligne de compte dans la pratique. Sachons que l'intervention hâtive et sans grande gravité, que nous permettent, les procédés de la chirurgie actuelle, doit en mettre la malade complètement à l'abri.

TRAITEMENT

Il convient d'opérer très vite. « Dans toutes les torsions aiguës, dit Lejars, la laparotomie s'impose, à une heure plus ou moins hâtive ; suivant la forme et la gravité des accidents ; on ne se repentira jamais d'avoir opéré trop tôt et les lésions qu'on trouvera, une fois le ventre ouvert, dépasseront toujours les prévisions ».

Il faut se garder avec soin, de pratiquer des manœuvres de taxis, qui ne peuvent avoir d'autre effet que de resserrer encore la torsion (cas de Hoschenegg).

Dans le cas d'épiplocèle herniaire, le bistouri fendra largement les téguments tout le long de la tumeur, le sac incisé, l'aspect tout spécial de la masse épiploïque, épaissie, infiltrée, violacée, sera une révélation, si le diagnostic n'a pas été auparavant soupçonné. Il faut alors attirer la masse épiploïque au dehors ou mieux remonter le long de cette masse en prolongeant l'incision par une laparotomie sur le bord externe du grand droit ; en faisant la hernio-la-

parotomie. Il faut remonter très haut, jusqu'aux limites de la tumeur.

« Si, d'emblée, l'on est intervenu par le ventre, le même débridement large s'impose, dès qu'on a reconnu la masse épiploïque. C'est que, au moins dans l'immense majorité des cas, où l'intervention n'a lieu qu'au bout de quelques jours, cette masse d'épiploon adhère de tous les côtés, et qu'elle doit-être non seulement décollée peu à peu méthodiquement, de la paroi abdominale et du sac, herniaire, mais aussi, des nombreuses anses intestinales appliquées à sa face profonde, et cette besogne de libération demande des soins particuliers ; les parois intestinales sont congestionnées, friables et se laissent facilement, dit Lejars, pelurer et déchirer ».

La tumeur est extraite en masse de bas en haut, et son pédicule, mis en pleine lumière, pour qu'on puisse lier et sectionner en tissu sain. Il faut beaucoup de jour, si l'on veut manœuvrer avec beaucoup de sécurité.

Ici une remarque. Lors de torsion intra-herniaire, si l'on découvre un pédicule tordu, au niveau, ou tout près du collet, cela ne suffit pas ; il faut encore s'assurer qu'il n'existe pas au-dessus une seconde torsion, on n'oubliera pas que, dans ce cas, la torsion sous colique est fréquente. C'est pour avoir négligé cette précaution et pour avoir pratiqué une exploration insuffisante, que Moresco méconnut l'exis-

tence d'une torsion sous-colique de l'épiploon, et fit une opération incomplète.

Après avoir ainsi libéré la tumeur, il faudra en faire l'ablation, après ligature du pédicule en tissu sain.

Comment faut-il lier le pédicule ? Il ne faut jamais le prendre dans un seul fil : il est toujours préférable de faire une ligature en chaîne au catgut, qui serre mieux et ne glisse pas. Il sera prudent de placer également des fils au niveau des adhérences qu'on aura libérées et qui souvent saignent abondamment.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(*Résumée*)

Rapportée par M. Max Oberst, le 8 juillet 1882 (1)

Au mois de mars 1882, entra à la Clinique de Halle, un homme âgé de 35 ans, qui présentait toutes les apparences d'une hernie étranglée. Cet homme était atteint depuis douze ans, d'une hernie inguinale réductible.

Il n'avait pas cessé de porter un bandage, sans que sa hernie ait été pourtant toujours bien maintenue. Pendant douze ans, il n'avait jamais eu l'occasion d'en souffrir. Depuis deux jours, des douleurs étaient apparues dans sa tumeur herniaire, devenue subitement irréductible : douleurs qui s'accentuaient d'heure en heure, et qui, rapidement, s'étendirent dans le bas-ventre. Il y avait en plus des nausées, de la constipation, mais pas de vomissements. Le malade après avoir appelé chez lui un médecin qui ne put réduire sa hernie, se présenta à l'Hôpital.

(1) *Centralblatt. für Chirurgie* (année 1882, n° 27).

A son arrivée, on constate l'existence d'une tumeur inguinale droite, qui descend jusqu'au milieu des bourses, et se prolonge dans l'abdomen par une corde mince. La tumeur herniaire et le bas-ventre sont gonflés et très sensibles au toucher. Sous le chloroforme, la tumeur est mobile : mais, malgré des essais répétés et infructueux, on ne parvient pas à la réduire.

L'opération rapide d'urgence est alors décidée. Malgré ses apparences d'étranglement violent, on pose le diagnostic d'hernie épiploïque, et on pratique la kélotomie.

L'ouverture du sac herniaire est difficile, à cause de l'épaisseur de la paroi, et de la présence d'un kyste à paroi lisse, gros comme un poing d'enfant. Ce kyste est pris pour le sac ; on l'ouvre : il était rempli de sérosité. On ouvre ensuite le sac herniaire, il contenait de la sérosité trouble, et un morceau hypertrophié d'épiploon, *mais pas d'intestin*.

Cet épiploon adhère par une petite place à la paroi du sac herniaire. Ces adhérences sont faciles à rompre, mais l'épiploon continue à être irréductible à cause de son hypertrophie, il est en effet *œdematié* a changé de couleur, devenu *gris, jaune sale, traversé par des vaisseaux thrombosés*.

On tire un peu, sur l'épiploon, et on remarque alors, à sa partie supérieure, *une torsion* (plusieurs tours) ayant tellement aminci le pédicule qu'il était

près de se rompre. On introduit sans violence l'extrémité du petit doigt dans le canal inguinal, presque dans la cavité abdominale, et on constate que là, l'épiploon est libre, pas serré, n'a que des adhérences très lâches, qui ne peuvent pas le gêner. Il n'y avait donc pas d'étranglement de l'épiploon.

L'impossibilité de la réduction, tenait uniquement au gonflement des parties épiploïques herniées, gonflement causé par la torsion.

On fait au catgut la ligature du pédicule au-dessus de la torsion, et la résection de tout l'épiploon hernié.

Suture de la plaie, drain, pansement de Lister, réunion par première intention. Le malade sort trois semaines après, muni d'un bandage faible.

OBSERVATION II

Rapportée par M. Demons, de Bordeaux, le 21 septembre 1892 (1)

Le 23 juin dernier, on amenait un homme, âgé de 36 ans, porteur d'une hernie étranglée. A l'âge de 13 ans, à la suite d'un effort, il avait vu se produire une hernie scrotale du côté droit, laquelle plus tard, ne lui avait occasionné aucun accident sérieux. Cet homme ne s'en était jamais préoccupé et n'avait pas voulu s'astreindre au port d'un bandage.

(1) Congrès de l'Associatinn française pour l'avancement des sciences, tenu à Pau (1892).

Les accidents dataient de trois jours. Après un effort que le malade avait fait en soulevant un fardeau, tous les symptômes de l'étranglement herniaire s'étaient déclarés, sauf les vomissement qui faisaient complètement défaut.

M. Demons pratiqua immédiatement l'opération, et lorsqu'il eut ouvert le sac qui était particulièrement épais, il trouva une masse assez volumineuse, noire ayant tous les caractères de l'épiploon.

Le diagnostic parassait donc être celui d'une épiploïte herniaire, terminée par gangrène et il n'y avait qu'a procéder à l'ablation de l'épiploon hernié.

Après avoir détruit une adhérence au sac, il se mit à exercer sur la masse épiploïque, des tractions énergiques pour attirer suffisamment l'épiploon au dehors, et pouvoir sectionner dans un tissu sain. Il rencontra une résistance d'autant plus inattendue, que, l'étranglement était peu serré, et malgré le débridement, il ne réussit pas davantage, à attirer l'épiploon. — Il dut, par conséquent se contenter de sectionner ce qui se présentait, et en pratiquant la section, il se rendit parfaitement compte, qu'il sectionnait au niveau d'un tissu de mauvaise apparence.

Il recommanda à son chef de clinique de surveiller de près ce malade, convaincu, que si les accidents persistaient, c'est qu'au-dessus de la section, une portion de l'épiploon continuait à se sphacéler. Dans ce cas, il ne faudrait pas hésiter à faire une laparotomie pour compléter l'opération.

On termina ce jour-là par une cure radicale de hernie.

Le lendemain, l'état du malade parut s'améliorer, et deux selles furent rendues. Mais la nuit suivante, on vit apparaître un ensemble assez inquiétant de signes généraux graves : le pouls était petit, les extrémités se refroidissaient, les yeux s'excavaient. La laparotomie fut décidée.

A l'ouverture du ventre on rencontra immédiatement une masse énorme *absolument noire*, ayant à peu près le volume des deux poings, et représentant toute la partie inférieure de l'épiploon. Que s'était-il passé ? L'épiploon s'était tordu sur lui-même, de manière à faire au-dessus de la petite adhérence constatée au cours de la première opération, quatre tours de droite à gauche, qui s'étaient répétés à la partie supérieure, immédiatement au-dessous du colon transverse.

Il ne restait plus qu'à enlever cette masse épiploïque gangrenée : ce qui fut facile puisqu'on l'avait déjà libérée à sa partie inférieure et que en haut, la torsion était telle, que l'épiploon était réduit au volume du pouce. Il suffit simplement d'y placer une forte ligature.

Le malade a parfaitement guéri quoique ayant été atteint les jours suivants, d'une parotidite infectieuse à staphylocoques.

OBSERVATION III

(Résumée)

Rapportée par Carl Bayer (Allemagne), 30 avril 1898 (1)

Il s'agit d'une femme, âgée de 54 ans, portant une hernie inguinale gauche, depuis son dernier accouchement, lequel remonte à vingt-cinq ans. Les bandages successivement appliqués n'avaient jamais pu maintenir cette hernie.

Le 5 mars, le Professeur Bayer est appelé. La veille, à la suite d'une violente crise de toux, la malade avait ressenti une vive douleur au niveau de sa hernie, et cru éprouver la sensation d'une masse, s'enroulant sur elle-même. La malade avait passé une mauvaise nuit.

Le 5, c'est-à-dire le lendemain, M. Bayer ne trouve aucun signe d'étranglement. La femme avait eu une garde robe dans la journée : la pression dans le canal inguinal était seule douloureuse. On ne pouvait rien affirmer de positif. Bayer prescrivit seulement repos au lit et compresses.

Le lendemain 6 mars, on l'appelait en toute hâte, car la nuit dernière avait été très mauvaise, à ce moment la hernie apparaissait nettement, et la malade avait eu quelques nausées. Une intervention sanglante est décidée. A l'ouverture du sac herniaire

(1) *Centralblatt. für Chirurgie* (1898, n° 17).

on aperçoit un gros morceau d'épiploon dont une partie avait un *aspect fortement cyanosé*. On élargit l'incision. On constate alors, qu'une partie de l'épiploon est enroulée quatre ou cinq fois sur elle-même, tandis qu'une autre partie remonte, s'engage dans l'anneau à son extrémité libre dans la cavité abdominale, et présente l'aspect de gangrène en cette région. Troubles circulatoires graves dans la portion de l'épiploon située au-dessus de la torsion. Cette torsion a à peine la grosseur d'un doigt. L'épiploon est déroulé et on termine l'opération sans incident. La femme quitte la clinique le 25 avril.

OBSERVATION IV

(*Résumée*)

Rapportée par Monod et Blanc, in Thèse de Reynier (Paris, 1898-1899

Joseph M..., journalier, 40 ans, entre dans le service de Monod, à Saint-Antoine, le 5 décembre 1898, avec le diagnostic de hernie étranglée.

Il est porteur depuis dix ans, d'une hernie inguinale droite, ne l'ayant jamais incommodé et se réduisant facilement. Jamais non plus elle ne s'est étranglée.

A la suite d'un effort, le malade a ressenti brusquement une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite, douleur qu'il compare à un coup de couteau. En même temps la bourse droite occupée normalement

par sa hernie, toujours facilement réductible, est devenue douloureuse, dure et tendue. Il a essayé de faire rentrer sa hernie, et ne pouvant y parvenir, il a fait appeler un médecin qui, après de vains efforts dans le même sens, le fit conduire à l'Hôpital.

A l'examen d'entrée, nous constatons ce qui suit : Etat général assez bon, pouls fort et régulier, mais un peu rapide (100). Le malade a eu quelques nausées, mais pas de vomissements. Localement, la bourse droite et le canal inguinal sont occupés par une tumeur dure, tendue, douloureuse. Le maximum de la douleur siège au niveau de l'orifice du canal inguinal, et la palpation, fait sentir profondément dans la fosse iliaque droite un cordon, qui paraît se continuer avec la masse inguino-srcotale et qui ne peut être que l'épiploon. Le diagnostic se pose : épiplocèle inguinale étranglée.

Opération. — Incision des couches cutanées jusqu'au sac. Ouverture du sac épaissi, et contenant un épiploon chroniquement enflammé et à peine serré par le collet du sac. Section du collet du sac. Le doigt introduit dans la cavité abdominale permet de se rendre compte, qu'il n'existe pas d'autre cause de striction. On attire facilement l'épiploon croyant trouver la partie saine au-dessus de la partie à peine serrée par le collet ; mais on tombe sur un large cordon épiploïque du volume des deux gros pouces réunis et présentant six tours de spire. On pose un fil

en chaîne au niveau de l'union des parties saines et des parties tordues, résection de l'épiploon. Les autres temps de la cure radicale sont rapidement exécutés.

Mort du malade le 5e jour après l'opération, avec tous les signes d'une broncho-pneumonie grippale, confirmée par l'autopsie.

OBSERVATION V

Rapportée par Von Eiselberg (*Deutsche med. Nochenschrift*, 1898

Le malade âgé de 42 ans, souffre depuis trois ans d'une hernie inguinale droite ; il souffre également de l'estomac, depuis trois mois, et accuse une sensation d'oppression dans l'abdomen.

A son entrée à la clinique, météorisme moyen, on trouve dans l'hypochondre droit, une tumeur dure et douloureuse. Dans le canal inguinal droit, masse épiploïque dure et irréductible. Hernio-laparotomie. L'épiploon apparaît imprégné de sang, avec des lacunes, et tordu de droite à gauche. La main introduite alors, ne rencontre rien d'anormal et on acquiert ainsi la preuve que la tumeur, précédemment sortie dans l'hypochondre droit, n'était qu'un durcissement de l'épiploon ; ce dernier est lié et réséqué au niveau de la torsion.

Suture en trois plans de la paroi abdominale. Mort 48 heures après l'opération.

OBSERVATION VI

(*Résumée*)

Rapportée par Von Baracz (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 19.0)

Malade âgé de 42 ans, employé, porteur depuis plusieurs années d'une hernie inguinale gauche, réductible et maintenue facilement par un bandage.

Le 4 avril, en soulevant un fardeau pesant, il fut pris brusquement d'une violente douleur dans le côté gauche ; la hernie augmenta de volume, et devint irréductible.

Les douleurs se calment tout d'abord, mais elles reprenent plus violentes dans la nuit du 6 au 7 avril : douleurs surtout abdominales, et survenant par accès. Deux selles pendant la journée. Dans la soirée nous trouvons le malade pâle, inondé d'une sueur froide, la langue sèche, le pouls à 120. Température 38°,5.

Pas de tumeur dans la région inguinale, cependant à gauche, il existe une légère saillie, et d'un côté le scrotum est tuméfié et douloureux. En remontant vers l'anneau inguinal, on constate l'existence d'un cordon de la dimension du petit doigt, douloureux, qui s'engage dans le canal, ce cordon est mobile, mais on ne peut arriver à le réduire.

Ventre ballonné, sensible à la palpation. Existence d'un épanchement ascitique libre.

Diagnostic : Etranglement épiploïque, avec péritonite au début.

Opération : Incision des téguments, sac épaissi à l'ouverture duquel s'écoule une petite quantité de liquide citrin. On constate alors qu'il existe, inséré au fond du sac, un cordon de la dimension du petit doigt tordu 5 à 6 fois sur lui-même, et présentant une couleur bleue-noir. Ce cordon se prolonge dans le canal inguinal. Il n'est pas étranglé au niveau de l'anneau, et le doigt pénètre facilement jusque dans la cavité abdominale.

On prolonge l'incision, et l'on constate que le cordon se continue par une *tumeur du volume d'un œuf* d'autruche, noirâtre. Cette masse est parcourue par de grosses veines dilatées gorgées de sang.

La tumeur est surmontée d'une torsion de plusieurs tours de spire à laquelle fait suite la partie supérieure de l'épiploon restée saine. On fait une ligature au niveau de la partie saine de l'épiploon, on resèque toute la partie malade. La masse extraite pèse 1 kilog.

Fermeture de la paroi. Suites opératoires favorables.

L'épiploon s'était tordu comme une serviette fixée par ses deux extrémités, la portion comprise entre les deux torsions était étranglée, la circulation était interrompue, et si l'intervention n'avait pas été pratiquée la gangrène fut certainement survenue.

OBSERVATION VII

(*Résumée*)

Rapportée par Peck (*Medical Record*, février 1900)

La malade était porteur d'une hernie inguinale droite réductible, datant de 12 ans. Elle raconta, qu'elle n'en avait aucunement souffert presque quatre ou cinq jours, avant son entrée à l'Hôpital. Elle avait eu alors des douleurs, des vomissements, une légère élévation thermique. A son arrivée à l'Hôpital, la température est de 100 1/2)Farenheit).

A l'examen, on sent une masse distincte dans la partie droite de l'abdomen.

A l'ouverture du ventre, on trouve en ce point, une tumeur solide constituée par l'épiploon. Celui-ci est tordu et l'on découvre un pédicule serré, siégeant à quatre centimètres du colon.

L'épiploon est enroulé autour de son axe vertical. Il n'existe aucune adhérence au niveau du sac herniaire. Quelques adhérences au niveau de l'ovaire.

La malade guérit rapidement. Le diagnostic posé avait été celui de tumeur abdominale.

OBSERVATION VIII

(*Résumée*)

Rapportée par Hochenegg (*In Wiener Klinische Wochenschrift*, 1900

Le malade était porteur depuis son enfance d'une

hernie inguinale droite réductible et toujours maintenue par un bandage.

Jusqu'il y a deux ans, il n'avait jamais souffert de sa hernie. A cette époque, il fut pris de troubles gastro-intestinaux, se traduisant par de la pesanteur, de la lenteur de la digestion, et différents traitements furent institués sans grand résultat.

Le 1er janvier 1900, le malade avait pris un bain et voulant remettre son bandage, il eut beaucoup de peine à réduire sa hernie. Il y parvint cependant, mais, dans la soirée il fut pris subitement, de violentes douleurs abdominales, bientôt accompagnées de vomissements. Il eut aussi un grand frisson.

Le malade ressentait le besoin d'aller à la selle, il prit un lavement, qui amena une évacuation. Dans la nuit tous ces symptômes s'amendèrent légèrement et le malade rendit quelques gaz. Température 38°,4.

Le 3 janvier, l'état s'aggrava de nouveau, le pouls s'éleva à 100, le ventre se ballonna, et l'état général devint menaçant.

Je fus alors appelé. A l'examen je fus frappé par l'état de dépression profonde du malade : le pouls était petit, accéléré, la respiration superficielle et fréquente ; la température 38°,5. Le ventre était ballonné et tendu ; le sac de la hernie était déshabité, on engageait très facilement deux doigts au travers de l'anneau.

J'explorai l'abdomen, et constatai, qu'il existait

dans la fosse iliaque droite, une masse rénitente, légèrement mate à la persécution, très sensible à l'exploration, je pensais qu'il s'agissait peut-être d'une appendicite, le début aigu, la fièvre et le frisson me paraissaient être en faveur de cette manière de voir.

Le 4 janvier, la température était de 36°,9, le pouls petit à 96. Le ballonnement abdominal avait augmenté, la masse rénitente intra-abdominale, paraissait avoir gagné en étendue, la douleur était très vive à ce niveau. Le sac herniaire était volumineux et rempli de liquide, que l'on pouvait refouler jusque dans la cavité abdominale.

Opération : l'incision fut pratiquée à droite de la ligne médiane.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoula environ deux litres de liquide sanguinolent et l'on aperçut une tumeur de coloration bleuâtre, parcourue par de grosses veines très dilatées. La tumeur était constituée par de l'épiploon, avait le volume de la tête et était libre d'adhérences, elle était formée par une masse principale, à laquelle était appendue une série de prolongements grisâtres.

Au niveau de la partie supérieure, la tumeur était appendue à un pédicule du volume de l'index, tordu de droite à gauche. Ce pédicule fut lié et sectionné et la plaie refermée.

Les suites furent simples, et le vingt-sixième jour, le malade quitta l'hôpital.

Il se trouve en excellente santé, et les troubles gastro-intestinaux ont disparu.

OBSERVATION IX

(Résumée)

Rapportée par WIENER (*Annals of Surgery. Philad.*, avril 1900)

A... L..., 79 ans, entre à l'hôpital du Mont Sinaï, le 7 mars 1900. Malade qui, en dépit de son âge avancé, était toujours resté actif et jouissant d'une bonne santé. Il était porteur d'une hernie inguinale droite, datant de 30 ans, toujours réductible et jamais douloureuse.

Il y a environ 4 semaines, le malade fut pris *tout à coup* de douleurs violentes dans la région iliaque droite. Les douleurs durèrent 24 heures, puis cessèrent complètement.

Quatre jours avant l'opération, il fut pris subitement de nouveau de violentes douleurs dans la région iliaque droite. La douleur n'était accompagnée ni de fièvre, ni de vomissements. Les selles étaient régulières.

Les douleurs continuant, le malade rentre à l'hôpital.

A l'examen, le ventre était souple et non météorisé. A mi distance environ entre l'épine iliaque antéro-supérieure droite, et le rebord costal, on sentait une masse du volume d'une orange, de consis-

tance molasse, mate à la percussion. Le reste de l'abdomen était indolore. Le sac de la hernie était déshabité. Température 101°,4 Farenheit, pouls 100, respiration 24.

Diagnostic : abcès intra-abdominal.

Opération : Une incision verticale est faite sur la tumeur. On tombe sur une masse épiploïque large comme la paume de la main, très infiltrée, de couleur noire-bleue.

La portion distale adhérait par une bride au colon ascendant : la portion proximale avait subi une torsion de 5 à 6 tours de spire, qui avait déterminé une sorte d'étranglement de la partie sous jacente. Quelques adhérences légères à la paroi. Ces adhérences furent liées et sectionnées, et on réséqua, la partie étranglée. Paroi suturée en laissant un petit drain. La température resta normale. Réunion par première intention.

OBSERVATION X

Rapportée par Lucas-Championnière (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 9 mai 1900)

Le 3 mai 1900, j'ai opéré un malade, qui m'avait été présenté par le Dr Orchelle, de la Ferté-sous-Jouarre. Cet homme âgé de 45 ans, était atteint de sa hernie depuis l'âge de 18 ans. Sa hernie était extrêmement volumineuse, mais il prétendait qu'elle rentrait habituellement.

Il portait un bandage, peut-être appuyant sur une partie irréductible. Mais en tout cas, celle-ci était habituellement peu sensible, tandis que depuis quelques semaines, elle était devenue irréductible et très douloureuse. Il avait eu des coliques extrêmement violentes, accompagnées de vomissements, et bien qu'à son entrée à l'hôpital il n'eut plus de vomissements, il souffrait encore beaucoup. Je l'opérai le troisième jour de son entrée après l'avoir purgé. Chez cet homme, on pouvait constater la présence d'une masse très dure occupant les bourses. Il s'agissait d'une hernie inguinale gauche. Cette masse irréductible et douloureuse, se continuait manifestement avec une masse intra-abdominale qui s'étalait au-dessus du niveau du pli de l'aine, et remontait au-dessus de l'ombilic.

Je fis mon incision de la paroi antérieure du canal inguinal prolongée sur l'abdomen, Je vis bien vite, que la masse des bourses, était si bien fusionnée avec le cordon, que je perdrais un temps précieux à l'isoler, tandis qu'en supprimant le testicule, j'aurai l'avantage de reconstituer la paroi dans d'excellentes conditions.

D'emblée je pus donc circonscrire en bas, toute la tumeur des bourses.

En haut, la tumeur était en quelque sorte fusionnée avec la paroi abdominale antérieure et le décollement en fut très laborieux. Je la détachai des fran-

ges du gros intestin ; puis en arrière, je trouvai la masse prise en des adhérences récentes, mais très intimes, avec des anses d'intestin grêle, repliées sur elles-mêmes.

Je détachai ces adhérences, sur une étendue considérable.

Elles étaient tellement saignantes, que je dus les laisser enveloppées dans une compresse, jusqu'à la fin de l'opération, pour arrêter cette hémorragie de surface.

La tumeur remontait jusqu'au bord inférieur du colon transverse et là je fus surpris de voir, qu'elle lui était rattachée, par une portion d'épiploon, formant une sorte de pédicule étroit qui me paraissait tordu sur lui-même.

J'eus immédiatement la pensée de comparer cette torsion à celle du pédicule des kystes de l'ovaire, et je pensais que cette torsion avait pu jouer un rôle dans la pathogénie des accidents. Cette supposition était d'autant plus légitime qu'à la coupe, la masse épiploïque lardacée, avait un aspect d'infiltration verdâtre et comme gangréneuse, très comparable à l'aspect des kystes à pédicule tordu.

La séparation de ce pédicule du colon fut aisée ; toutefois je multipliai les fils de catgut sur le colon, pour ne pas ramasser les débris de l'épiploon sur la paroi du colon, de façon à gêner la circulation intestinale.

Je laissai les intestins reprendre la place des masses disséquées, et après le nettoyage à l'eau phéniquée forte, je refermai le ventre, sans drainage abdominal.

Je fis la réfection de la paroi, comme je l'avais faite la première fois, l'absence du cordon que j'avais sectionné et lié très haut me facilita beaucoup cette réparation ; huit fils en U, furent placés.

Je drainai à l'extérieur superficiellement, je fis purger le malade, le lendemain. Les suites ont été excellentes et le malade est en bonne voie de guérison.

Sur la pièce fort intéressante que voici, vous pouvez voir d'abord qu'il existe deux portions très distinctes. Une portion herniaire, celle qui était renfermée dans les bourses et le canal ; au-dessus, un rétrécissement, puis une tumeur beaucoup plus volumineuse, celle qui occupait l'abdomen et remontait au-dessus de l'ombilic. A la coupe, dans les deux parties de la tumeur, vous voyez une masse lardacée de coloration un peu jaune, avec des teintes verdâtres. La tumeur était fort distendue par du sang, il y en avait d'épanché en plusieurs points.

La consistance et l'aspect de cette tumeur, transformant l'épiploon, sont très particuliers, on doit les comparer à ceux des néoplasmes, remarquant toutefois que cet aspect se rapproche un peu de celui que nous observons sur certaines parties enflammées de l'épiploon.

Il semble qu'il y eut ici, une véritable torsion du pédicule vasculaire, comparable à celle que l'on observe, dans la torsion du kyste de l'ovaire.

La tumeur enlevée pesait 645 grammes.

M. Cornil après l'avoir examinée rapidement, nous a dit qu'il ne s'agissait certainement pas de néoplasme, mais d'une masse d'épiploon modifié.

OBSERVATION XI

Rapportée par Lejars (Soc. de Chirurgie, 9 mai 1900)

Je puis citer un cas du même genre, observé par moi-même, il y a un mois.

Un homme me fut envoyé à l'hôpital, pour une appendicite. Il en avait tous les signes et présentait une grosse masse remplissant la fosse iliaque. Il portait il est vrai une hernie du même côté, mais elle était entièrement réduite.

Je fis l'incision iliaque de l'appendicite et tombai sur une masse énorme d'épiploon. Pour l'enlever, il fut nécessaire de prolonger mon incision jusqu'aux fosses côtes. J'arrivai ainsi sur un gros pédicule épiploïque, tordu trois ou quatre fois, immédiatement au-dessous du colon transverse .

Cet épiploon fut réséqué : il présentait des modifications analogues à celles que nous montre M. Championnière.

La partie inférieure de la masse, pouvait descendre dans le sac herniaire.

Pendant trois jours le malade alla bien, malheureusement c'était un alcoolique endurci qui succomba dans une attaque de délirium tremens.

OBSERVATION XII

Rapportée par POTHERAT (Soc. de Chirurgie, 9 mai 1900)

Il y a quelques années j'étais appelé à l'Hôtel-Dieu, auprès d'un malade qui, la veille avait présenté tout à coup des accidents d'étranglement herniaire. Il avait subi le taxis en ville, la tumeur ayant diminuée, on avait cru réduire la hernie et cependant les accidents continuaient avec aggravation. A mon arrivée je constatai qu'il y avait une hernie inguinale épiploïque manifeste, et au-dessus de l'arcade crurale une masse volumineuse.

Je fis donc en même temps que l'incision de la kélotomie, la laparotomie latérale ; je trouvai dans un sac inguinal ancien une petite masse d'épiploon noirâtre se continuant dans le ventre avec une grosse masse d'épiploon noire, d'aspect sphacélique.

Cette grosse masse était rattachée au colon transverse par un étranglement résultant d'une torsion de toute la masse sur son pédicule. Je jetai une ligature à ce niveau, j'excisai tout l'épiploon, je refermai le ventre, et à ma grande surprise , mais à ma

grande satisfaction, le malade jeune encore, guérit rapidement.

C'était la première fois que j'observais cette torsion de l'épiploon qui avait amené des troubles circulatoires, simulant la gangrène.

OBSERVATION XIII

Rapportée par WALTHER (Soc. de Chirurgie, 9 mai 1900)

Je puis citer une observation de torsion épiploïque observé tout à fait au début des accidents. Il s'agit d'un étudiant en médecine, porteur d'une hernie inguinale congénitale, qui, à la suite d'un exercice de bicyclette, présentait des phénomènes d'étranglement, datant de 2 heures environ.

J'opérai immédiatement, et trouvai dans le sac herniaire l'épiploon six fois tordu sur lui-même. La torsion s'était faite entre deux adhérences, l'une existait au fond de sa tunique vaginale, l'autre située immédiatement au-dessous du canal inguinal. En détordant l'épiploon, j'ai pu voir la circulation se rétablir aussitôt. Je le réséquai et la guérison se fit rapidement. C'est là, un fait très rare de torsion de l'épiploon sur lui-même dans la cavité d'un sac herniaire.

OBSERVATION XIV

(Résumée)

Rapportée par CHAVANNAZ (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 28 juin 1900)

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, de très vigoureuse constitution, dont les antécédents héréditaires sont excellents.

A l'âge de 22 mois, notre malade aurait reçu un coup qui aurait été suivi d'une augmentation de volume de la bourse droite. Il est considéré comme atteint d'hydrocèle et de hernie. On applique un bandage et le malade reste ainsi toute son enfance, portant son bandage dans la journée. A son dire, toute tuméfaction des bourses avait disparu, rien n'y descendait.

La santé du malade était parfaite, lorsque dans l'après-midi du 7 septembre 1899, à la suite d'un effort, il constate une augmentation considérable du volume de la bourse droite. Tuméfaction non douloureuse. Pas de vomissements, aucun signe d'étranglement, selles spontanées. Un médecin, appelé, tente, par des pressions, de faire disparaître la tumeur : tentative infructueuse. Nous sommes appelés le 12 septembre. A ce moment, nous notons un état général excellent, pouls normal. Le malade ne ressent aucune douleur et se plaint uniquement de la diète lactée qui lui est imposée depuis trois jours.

La bourse droite a le volume d'un gros œuf de cane. A ce niveau, les téguments ne sont pas modifiés dans leur coloration. La tumeur scrotale, non douloureuse à la palpation, présente partout une consistance uniforme : elle est nettement fluctuante. Il y a transparence très nette, sauf en bas et en arrière, au niveau du testicule. Le testicule est bien entouré par la masse liquide : il peut cependant être décélé par sa douleur à la pression.

Au niveau du pôle supérieur de la tumeur se détache un cordon dur, cylindrique, du volume du médius, qui disparaît dans le canal inguinal. Ce cordon n'est pas douloureux à la pression, il est mat à la percussion. La pression, pas plus au niveau de la tumeur scrotale qu'au niveau du pédicule, n'entraîne de diminution de volume.

Nous pensons à une hernie inguinale épiploïque dans un sac congénital, avec accumulation de sérosité dans toute la partie inférieure du canal vagino-péritonéal. Nous éloignons toute idée d'étranglement d'une anse intestinale et nous montrons l'utilité d'une intervention qui, seule, peut amener une guérison définitive.

Opération pratiquée le 13 septembre : incision en plein sur la face antérieure du canal inguinal se recourbant très légèrement en bas vers la bourse droite ; section de l'aponévrose du grand oblique parallèlement à l'arcade de Fallope et au-dessus de celle-ci.

La partie supérieure de la tumeur et son pédicule sont rapidement isolés, puis la tumeur est rayée d'un léger coup de bistouri qui nous amène presque sur le feuillet séreux. La séreuse incisée, il s'écoule une certaine quantité de liquide citrin. Nous détachons facilement, avec le doigt, le feuillet séreux des parties voisines et en particulier le cordon spermatique qui se trouve situé en arrière et en dehors. Nous disséquons le feuillet séreux, mais nous constatons bientôt que ce feuillet séreux se réfléchit et vient se fixer sur une saillie centrale isolée, en forme de battant de cloche, du volume du pouce, qui prœmine dans la cavité où se trouvait contenu le liquide.

Ce battant de cloche est cylindrique avec, à sa partie inférieure, une masse ovoïde ; si bien que le tout rappelle assez bien la forme du pénis. Cette saillie en battant de cloche est manifestement constituée par de l'épiploon entouré d'un feuillet séreux. Ce feuillet peut être facilement détaché de l'épiploon dans toute la hauteur du sac herniaire, sauf en un point situé à un peu plus de quatre centimètres de l'extrémité libre. A ce niveau, épiploon et séreuse sont intimement accolés.

Nous disséquons rapidement le sac jusqu'au niveau du péritoine pariétal. Ce sac ne contient pas de liquide, pas d'anse intestinale, mais simplement une masse épiploïque qui le remplit en entier et qui

ne lui adhère que dans la zone plus haut signalée. Le sac incisé au-dessus de ce point, l'épiploon s'étale aussitôt, il perd sa forme funiculaire, il est gras, non enflammé d'une façon bien sensible.

L'épiploon est reséqué, après ligature en chaîne, au catgut. Le sac herniaire est lui aussi réséqué après ligature.

A la partie inférieure de la tumeur, on peut constater une collection liquide : c'est un épanchement de sérosité dans la vaginale. La vaginale est ouverte au bistouri, le liquide s'écoule et on peut voir que le testicule et l'épididyme sont sains.

Paroi abdominale reconstituée d'après le procédé de Bassini. Vaginale refermée.

Les jours suivants l'état est parfait, pas de température. Il quitte l'hôpital le 10 octobre.

En examinant la masse épiploïque réséquée, on constate, qu'à sa partie inférieure, elle offre un nœud disposé de la façon suivante : à son extrémité libre l'épiploon s'est replié sur lui-même en formant une anse à concavité supérieure. La portion ascendante de l'anse, vient s'enrouler ensuite sur la masse principale, en formant autour d'elle une sorte de bague, de 1 centimètre de hauteur, et qui siège à 4 centimètres de la concavité.

La bague est formée par la portion ascendante de la boucle, qui décrit deux tours de spire intimement accolés. Cet enroulement n'est pas très serré, si bien

que le chef ascendant de l'anse est mobile, et peut coulisser dans une certaine étendue sous la bague, en augmentant ou diminuant à volonté la largeur de la boucle épiploïque.

Immédiatement au-dessus du nœud, se trouve la zone où épiploon et séreuse, sont intimement appliqués l'un contre l'autre.

La cavité vaginale était nettement distincte de la cavité kystique sus jacente : elles se trouvaient toutes deux accolées l'une à l'autre par une large surface.

OBSERVATION XV

(*Résumée*)

Rapportée par Bender et J. Heitz (*Bull. de la Soc. anatomique*, novembre 1900)

Le nommé M..., âgé de 50 ans, entrait le 13 juillet 1900, à Broussais. Il était porteur d'une volumineuse hernie inguinale gauche, depuis de nombreuses années. Hernie irréductible, qui, depuis quelque temps, le faisait beaucoup souffrir.

Depuis deux jours, la hernie était douloureuse, il n'avait pas été à la selle, mais il avait encore rendu des gaz le matin. Ventre un peu ballonné, état général relativement bon, pas de température. Pouls à 80.

Diagnostic : Hernie engouée.

Opération : pratiquée par M. Michaux. A l'incision du sac herniaire, on trouve une masse épiploï-

que très volumineuse, qui en occupait la cavité. Il n'y avait pas d'intestin dans la hernie, l'épiploon n'était pas étranglé au niveau de l'anneau inguinal.

En attirant au dehors l'épiploon, on vit paraître deux masses arrondies turgenscentes et violacées, nageant dans un liquide séro-sanguinolent assez abondant qui occupait la partie déclive de la cavité abdominale. L'épiploon fut réséqué à la partie supérieure, et la cure radicale, pratiquée aussitôt. Le malade guérit de sa hernie, mais succomba quelques semaines plus tard à des accidents de broncho-pneumonie.

L'épiploon examiné se montre sain dans sa partie supérieure, ainsi que dans l'extrémité inférieure qui occupait le sac herniaire.

La partie moyenne, est ramassée, comme transformée en deux ou trois brides fibreuses, qui forment entre elles plusieurs grands trous inextensibles, où l'intestin aurait pu facilement s'étrangler.

Sur le bord gauche du tablier à l'extrémité de ces brides fibreuses, deux masses graisseuses ont du se croiser, et sans doute par suite des mouvements intestinaux, ont pivoté plusieurs fois autour du point d'entrecroisement, formant une sorte de cordon tordu deux fois et demi sur lui-même, long d'environ deux centimètres, qui se termine par les masses graisseuses étranglées.

En détordant le cordon on le voit formé de deux

cordons distincts, pédicules de ces deux masses graisseuses, et qui ont étranglé entre eux une veine, qui se rendait à l'une de ses masses.

OBSERVATION XVI

(Résumée)

Rapportée par Souligoux et Deschamps (*Bull de la Soc. anatomique*, mars 1901)

Souligoux est intervenu le 12 mars 1901, chez une femme de 35 ans, qui avait été opérée huit ans auparavant, par Terrier, pour une salpingite.

Quatre mois après cette première opération, était survenue au niveau de la cicatrice, une *hernie* qui grossit progressivement, et finit par atteinde le volume du poing.

Cette hernie présenta en mars 1901, des signes d'étranglement. Souligoux intervint, la hernie contenait un gâteau épiploïque violacé et dur. On réséqua cet épiploon au-dessus de la torsion, on enleva le sac herniaire, la malade guérit sans incident.

L'épiploon tordu, était constitué par deux masses, une masse intra-abdominale, et une masse herniée. La portion herniée était formée par une frange très découpée relativement peu volumineuse, et rattachée à la portion intra-abdominale, par un pédicule mince et aplati. La portion intra-abdominale, beaucoup plus considérable, présentait une longueur de

10 centimètres sur 8 centimètres de largeur environ.

Cette portion rectangulaire était rattachée à l'épiploon sain à deux de ses angles, par deux pédicules dont l'un était très mince, et dont l'autre atteignait la grosseur du petit doigt. Ce dernier était tordu, environ deux fois et demi sur lui-même.

Tout l'épiploon réséqué, était violacé, noirâtre épaissi, l'étranglement siégeait non au niveau de l'aneau herniaire, mais du pédicule tordu.

OBSERVATION XVII

(Résumée)

Rapportée par Lucas-Championnière et Mauban (*Bull. de la Soc. anatomique*, mars 1901)

Championnière est intervenu le 15 mars 1900, chez une malade de 50 ans, et qui portait depuis plus de 20 ans, une hernie inguinale volumineuse et irréductible.

Depuis 7 à 8 jours, la malade avait été prise d'accidents du côté de cette hernie ; douleurs vives dans l'abdomen et dans la hernie, vomissements.

A l'examen : Hernie dure, douloureuse, la malade avait eu des selles et n'avait plus de vomissements. Au toucher : on sentait que la tumeur inguinale droite se continuait dans le ventre dans la direction du canal inguinal.

Opération : La paroi incisée laisse pénétrer dans

un sac à parois épaisses, contenant un épiploon noirâtre et adhérent de toutes parts.

On trouve que la tumeur qui remplissait le canal inguinal, se prolongeait dans le ventre, toujours avec la même consistance lardacée et les mêmes *adhérences totales.*

A la partie supérieure enfin, on arrive sur de l'épiploon normal, et libre, mais c'est immédiatement au-dessus du colon et là, l'épiploon est tordu sur lui-même et serré en un tour de spire. Au-dessous de la région de la torsion, l'épiploon avait une consistance lardacée et une coloration noirâtre.

Résection, fermeture de la paroi.

OBSERVATION XVIII

(*Résumée*)

Rapportée par TUFFIER (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie.* 15 mai 1901)

Il s'agit d'un homme, âgé de 46 ans, porteur d'une hernie inguinale gauche, bien maintenue par un bandage. Lorsque je le vis, il présentait depuis 24 heures, tous les signes d'une occlusion intestinale. Il présentait aussi une tumeur, siégeant à la partie interne de la fosse iliaque gauche, tumeur allongée verticale, mate à la percussion superficielle, sonore à la percussion profonde.

La laparotomie s'imposait. Incision dans la région

iliaque gauche. On trouve une légère ascite, et une tumeur du volume de l'avant-bras, noire, adhérente à l'intestin distendu. Quelques adhérences. Torsion à double tour de spire, de l'épiploon, à sa naissance, au-dessous de l'estomac, et sa fixation en bas au niveau du canal inguinal. Je réséquai toute cette masse gangrenée. Aucun incident pendant, ni après l'opération. Guérison rapide et complète.

OBSERVATION XIX

(Résumée)

Rapportée par Oelwein (*K.K. Gesellschaft der Aertzte in Wien* 8 mars 1901)

L'auteur présente les pièces d'une torsion de l'épiploon, provenant d'un homme de 76 ans. Porteur depuis 30 ans, d'une hernie inguinale droite, ce malade ressentit brusquement des douleurs abdominales, à droite, avec fièvre, vomissements, résistance douloureuse de la paroi abdominale dans la région iléo-cœcale : faisant croire à une appendicite. Laparotomie.

L'épiploon était tordu 4 fois sur son axe, au voisinage du colon ; son extrémité inférieure était incluse dans le sac herniaire. Résection de l'épiploon. Guérison.

OBSERVATION XX

Rapportée par Wiart et Renon (*Bull. et Mém. de la Soc. anatomique* février 1901)

Il s'agit d'une femme de 53 ans, rentrée le 24 janvier, à la Charité, qui portait depuis plus de 20 ans, une hernie inguinale droite, dont le début se serait fait brusquement, à la suite d'une chute.

Un an après l'apparition de sa hernie, la malade porte un bandage, qui n'empêche pas celle-ci de s'accroître progressivement. La tumeur indolente d'une façon générale, devenait douloureuse à la suite de travaux pénibles. Elle était facilement réductible.

C'est le 22 janvier, en se levant, que la malade ressentit les premiers symptômes, et ces douleurs siégeaient beaucoup plus dans la fosse iliaque et le flanc droit qu'au niveau même de la hernie.

Le ventre était légèrement ballonné, ni nausées, ni vomissements, ni selles. La hernie n'était ni complètement rentrée, ni sortie dans sa totalité, et elle resta dans cet état malgré tous les efforts de la malade pour la rentrer ou la sortir.

Elle souffre ainsi toute la journée et toute la nuit.

Le 23 janvier, elle fait appeler son médecin, qui diagnostique une appendicite et ordonne l'application de compresses d'eau froide, le repos au lit, la diète.

Le 24 janvier, pas de vomissements, ni nausées,

constipation opiniâtre, douleur continue très vive. La malade est amenée à la Charité.

A l'examen : Femme à visage vultueux, respirant péniblement et paraissant beaucoup souffrir.

Le ventre est très gros, arrondi, le palper n'en est pas douloureux, sauf au niveau de la fosse iliaque droite, où il existe une zone douloureuse large comme la main environ et partant du niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, pour se prolonger en bas, et en dedans jusqu'au niveau de la hernie inguinale. Celle-ci est grosse comme un œuf de dinde, modérément tendue, la palpation n'en est douloureuse qu'au niveau de son collet, et même on peut sans trop faire souffrir la malade sentir que le contenu de la hernie, est lobulé, dur, grenu.

A la percussion : matite absolue, il y a lieu de supposer que l'épiploon est le seul habitant du sac. D'autre part, l'examen plus approfondi du ventre fait reconnaître l'existence d'une grosse tumeur abdominale, remontant jusqu'à l'ombilic, et présentant la consistance et les caractères d'un fibrome, d'ailleurs, la malade connaît depuis longtemps l'existence de cette tumeur.

Le toucher vaginal confirme le diagnostic de fibrome, mais montre le peu de mobilité de celui-ci et sa saillie prononcée dans le cul-de-sac postérieur.

Le toucher rectal, fait sentir la saillie prononcée du fibrome qui déprime fortement la paroi antérieure de l'organe.

En présence de ces signes, le diagnostic de cause de l'occlusion est assez difficile à porter, nous nous arrêtons à celui de hernie étranglée un peu anormale. L'intervention est décidée.

Opération : Incision sur la tumeur herniaire, ouverture du sac épaissi. Il ne s'écoule aucun liquide, mais on voit l'épiploon rouge, congestionné, et présentant par places de larges ecchymoses.

Le volume de l'épiploon ainsi hernié ne dépasse pas un petit œuf de poule. Le doigt introduit dans le sac, à la recherche de l'agent d'étranglement, montre un anneau assez largement ouvert, et n'enserrent nullement l'épiploon.

L'épiploon est alors attiré de façon à trouver la limite supérieure de la portion ecchymotique et à la réséquer. Mais il semble que les lésions augmentent à mesure qu'on extrait cet épiploon.

Pour reconnaître la cause de cette altération, on prolonge l'incision en haut et en dehors, de façon à avoir un accès facile dans la cavité abdominale. On constate alors, qu'une masse épiploïque, grosse comme une tête de fœtus, est pédiculisée, et étranglée par un cordon qui s'est enroulé deux fois autour de sa partie supérieure, et ce cordon n'est autre que l'appendice iléo-cœcal.

Ligature et résection de l'appendice. Résection de la masse épiploïque au-dessus de l'étranglement, suture de la paroi. Suites opératoires excellentes. La malade sort guérie le 25e jour.

L'examen de la pièce montre que le sommet de l'appendice est fortement adhérent au pédicule épiploïque et il paraît probable que cette masse épiploïque, en se tordant sur elle-même, a entraîné l'enroulement autour d'elle de l'appendice et que l'étranglement s'est produit par ce mécanisme.

D'ailleurs, cet enroulement était tout récent, car, sauf à son sommet, il n'y avait nulle trace d'adhérence, à l'épiploon, de l'appendice que nous avons déroulé très aisément.

OBSERVATION XXI

(Résumée)

Rapportée par Morisco *(Gazetta degli ospedali et delli cliniché* Milan, 1902)

Le nommé Guillaume, âgé de 35 ans, est admis à l'Hôpital avec des symptômes d'étranglement herniaire. Il était porteur, depuis de longues années, d'une hernie inguinale droite qui avait toujours été facilement réductible et n'avait jamais occasionné de troubles sérieux.

Bandage porté très irrégulièrement parce qu'il ne maintenait pas convenablement sa hernie. Trois jours avant son entrée, le malade *est pris subitement* d'une violente douleur au niveau de la tumeur herniaire, qui devient dure, tendue, irréductible. Une constipation absolue s'installe, accompagnée de nausées. Cependant, le malade avait pu rendre

quelque gaz. A l'examen : la région inguinale droite est occupée par une tumeur arrondie qui se prolonge dans le scrotum. Tumeur dure, mate, irréductible, entièrement douloureuse à la palpation, ventre ballonné douloureux. Temp. 38°,5. Pouls petit, rapide, facies grippé, le malade présente l'aspect des malades atteints d'occlusion intestinale.

Diagnostic : épiplocèle étranglée.

Opération : immédiate. A l'ouverture du sac très épaissi, il s'écoula un peu de sérosité, et l'on reconnut, qu'il était occupé par une masse épiploïque œdematiée et tuméfiée, d'une couleur gris brunâtre, sillonnée de vaisseaux dilatés et thrombosés.

Cet épiploon, était fixé au sac par des adhérences récentes. La masse fut attirée au dehors de la plaie, et l'on constata qu'elle était rattachée au reste du tablier épiploïque, par un pédicule aminci et plusieurs fois tordu sur lui-même. Cette masse fut extirpée, le sac réséqué et on termina en faisant la cure radicale, par le procédé de Bassini.

Le malade supporta mal l'opération et mourut le lendemain.

A l'autopsie : le grand épiploon était transformé en une masse ovoïde du volume d'une tête de fœtus congestionnée œdematiée et en voie de sphacèle. La circulation y était complètement suspendue en raison de l'existence au niveau de l'insertion colique d'une torsion de trois tours de spire, le pédicule avait un diamètre de 5 centimètres.

La masse épiploïque tordue, comprimant fortement le mésentère, la circulation y était troublée et cette gêne circulatoire avait déterminé la formation de placards hémorragiques et des foyers de nécrose qui existaient au niveau de la muqueuse intestinale. Le péritoine présentait des lésions de péritonite fibrino-purulente.

OBSERVATION XXII

Rapportée par Vignard et Giraudeau (*Archives provinciales de Chirurgie*, avril 1903)

Dans les premiers jours de mai 1902, M. D..., commerçant, âgé de 31 ans, revenait une après-midi en voiture à son domicile, lorsqu'il fut pris d'une douleur brusque dans le côté droit du ventre. Il put cependant rentrer chez lui, et la douleur s'apaisant, se mettre à table. Aussitôt, après, le dîner, souffrant toujours de coliques, il se coucha. La nuit fut calme, le lendemain il se leva pour vaquer à ses affaires, mais la douleur augmenta d'intensité, et l'obligea à s'aliter.

Le surlendemain dimanche, les douleurs augmentent, sont continues, avec crises pendant lesquelles le malade pâlit et se plaint. Il ne survint pas de vomissements ni d'arrêt des selles. La température s'élève sans dépasser toutefois 38°.

Les medecins appelés trouvent de l'empatement et

de la douleur dans la fosse iliaque droite, et pensent à bon droit, à une appendicite.

Le sixième jour environ, se produit un gonflement douloureux de la bourse droite, englobant le testicule, et simulant une orchite. Ces douleurs scrotales durèrent quatre jours.

L'état du malade s'améliora peu à peu et dans le cours de la 3e semaine, on lui permit de se lever.

Mais la douleur abdominale était loin d'avoir complètement disparu. Le malade éprouvait une grande gêne à se baisser, à marcher longtemps, il était incapable de reprendre ses occupations actives, aussi vint-il nous consulter un mois environ, après le début de cette crise.

En l'interrogeant, j'appris que, depuis au moins neuf ans, il avait déjà éprouvé, à différentes reprises, quatre ou cinq fois par année en moyenne, des douleurs dans le côté droit du ventre, sous forme de coliques, durant 4 à 5 jours, sans vomissements d'ailleurs. Ces crises très passagères ne l'avaient pas jusqu'alors obligé de garder le lit.

Le malade était porteur depuis l'adolescence d'un bandage herniaire droit, et il raconte que le testicule n'était descendu dans la bourse droite, qu'à l'âge de 7 à 8 ans.

A l'examen : l'état général paraît satisfaisant. La température est normale.

Il se plaint seulement de la présence dans le côté

droit du ventre, d'une tumeur dure, douloureuse, qui l'empêche de prendre sa vie active. Cette tumeur qui paraît sous pariétale, s'étend depuis le rebord costal, jusqu'à la bourse droite.

En haut, des limites sont assez nettes et répondent à peu près à l'angle supéro-externe du grand droit. Vers son milieu, la tumeur s'étale, et mesure environ comme étendue tranversale la largeur de la paume de la main, moitié en dedans, moitié en dehors, du bord externe du muscle droit. En bas, la tumeur s'effile, devient comme moniliforme et s'enfonçant sous l'arcade de Fallope, pénètre en suivant le canal inguinal, jusqu'au testicule, avec lequel elle se confond.

La tumeur est mate, dure, douloureuse au palper. La forme est irrégulière et bosselée.

Diagnostic : Epiploïte appendiculaire, avec propagation de l'inflammation, à une épiplocèle inguinale préexistante.

Opération le 28 juin 1902 : Incision de Jalaguier. Le péritoine incisé laisse échapper en abondance un sang noir. L'épiploon forme la tumeur sentie à la palpation. Il adhère à la paroi abdominale dont il faut le libérer. Il est infiltré de sang, de coloration noirâtre ou jaune violacé.

Pour dégager son extrémité inférieure, nous débridons la paroi abdominale jusqu'à l'arcade de Fallope, on arrive jusqu'au sac herniaire inguinal au-

quel l'épiploon adhère, les adhérences paraissent récentes, et sont détachées sans grandes difficultés.

J'agrandis mon incision de la paroi abdominale, jusqu'au rebord costal, de façon à dégager la partie supérieure de la tumeur épiploïque. Après dissection minutieuse d'adhérences intimes contractées avec les anses intestinales voisines, nous arrivons sur un pédicule, réduit au diamètre du pouce, et inséré sur le colon transverse. Le pédicule est tordu trois fois, à deux doigts de l'insertion colique. Tours de spire serrés. Ligature, suivie de l'ablation de la masse épiploïque.

L'appendice était libre d'adhérences, mais offrait trois grosses bosselures en chapelet, dues évidemment à trois calculs. Il fut enlevé après ligature.

Suture de l'incison : Drain dans la région des adhérences.

Suites opératoires bénignes : Le malade quitte la clinique guéri le 22e jour.

Examen de la pièce : La masse épiploïque mesure 28 centimètres de long. Son périmètre maximum msure 20 centimètres. La portion inguinale cylindrique a le volume de deux doigts réunis. Au niveau de son pédicule, son calibre dépasse à peine celui d'un doigt. En ce point, trois tours de torsions serrés. Il existe également une torsion de la partie inférieure de l'épiploon, immédiatement au-dessus de la portion cylindrique, qui occupait le canal inguinal.

OBSERVATION XXIII

(*Résumée*)

Rapportée par MALHERBE (*Arch. provinciales de Chirurgie*, avril 1903)

B...., 28 ans, voyageur, entre dans le service de Malherbe, pour une crise de coliques atroces, qui dure depuis deux jours sans rémission.

Dans son passé aucune affection digne d'être citée.

A l'âge de 22 ans, le malade s'aperçut qu'il portait à l'aine droite une petite hernie, qui rentrait d'ailleurs avec la plus grande facilité. Pas de bandage.

Mais à 26 ans, éclate une première crise, la hernie étant sortie, le malade ressentit brusquement en ce point et dans le côté droit de l'abdomen de violentes coliques qui s'irradièrent promptement dans tout le ventre : tout en conservant leur maximum d'intensité au niveau du flanc droit. Des nausées et des vomissements surviennent qui exaspèrent les douleurs.

Le malade ayant pensé que sa hernie avait provoqué tout le mal, la réduisit très facilement sur le champ, les coliques, les vomissements s'arrêtent, et le calme se rétablit dans l'abdomen. La crise avait duré un jour.

La même année, deux crises semblables, avec la même terminaison.

L'année suivante, les crises reparurent identiques.

La sixième crise amène le malade à l'hôpital.

A l'examen : on constate ce qui suit : le malade a

la figure pâle, mais les traits ne sont pas défaits, le facies n'est pas inquiétant. La langue est saburrale, le pouls bat à 110. Température 37°,2.

La palpation du ventre, dénote un ventre souple et non douloureux à gauche, à droite les muscles sont tendus, et la dépression manuelle de la fosse iliaque révèle une douleur vive. La douleur est particulièrement atroce à Mac Burney.

La percussion dénote une altération de la sonorité, zone de matité elliptique à grand axe vertical, située plus près de l'épine iliaque que de l'ombilic.

Diagnostic : appendicite.

Opération : incision de 12 centimètres environ, sur le bord externe du grand droit. Après ouverture du péritoine, on rencontre une masse, unie à la paroi par des adhérences légères. On agrandit l'incision, et elle permet d'extérioriser une tumeur violacée, noirâtre par places, qui représente une grande partie de l'épiploon, en imminence de sphacèle.

Son pédicule, tordu plusieurs fois sur son axe, siège à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen du grand épiploon. Trois tours de spire.

L'épiploon est lié dans sa partie saine. Résection. L'appendice n'est pas altéré.

Suites opératoires sans ascension thermique. Le malade se lève le 10e jour.

L'épiploon enlevé pesait 300 gr. et mesurait 28 centimètres de longueur et 15 centimètres de circonférence.

OBSERVATION XXIV

(*Résumée*)

Rapportée par QUÉNU (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 20 mai 1903)

On transporte le 21 avril, à Cochin, une femme âgée de 51 ans, atteinte de hernie inguinale gauche irréductible.

La hernie apparue à la suite d'une longue marche : était facilement réduite, difficilement contenue par un bandage, était aussi fréquemment le siège de quelques douleurs.

Le 17 avril, la malade fut prise de violentes douleurs dans le ventre, hernie devenue irréductible. La malade rentre seulement le 21 à l'hôpital. A l'examen, on trouve dans l'aine gauche, une tumeur du volume du poing, descendant dans la grande lèvre gauche, masse tendue et très douloureuse.

En regard de ces phénomènes locaux bien accentués, les troubles fonctionnels manquent, aucun vomissement, selles copieuses, les gaz sont facilement rendus. Pouls et température normaux, langue bonne. Diagnostic épiplocèle inguinale irréductible.

Opération : le sac ouvert, je découvris une masse énorme d'épiploon, infiltré de sang, ecchymotique comme noirâtre par places, cet épiploon remplit tout le sac, auquel il n'est uni que par de faibles adhérences : il baigne dans un peu de liquide citrin.

Le doigt passé dans le collet, le trouve peu serré. L'anneau incisé nous retrouvons toujours le même épiploon tuméfié et infiltré de sang. Prolongeant l'incision au-dessus de l'orifice inguinal interne, mêmes lésions épiploïques, je prolonge encore l'incision et j'aperçois à une faible distance du colon transverse une portion normale du grand épiploon. Entre celle-ci et celle altérée qui surplombe l'anneau inguinal, il existe un rétrécissement : il est aisé de constater une torsion complète, (deux tours) du grand épiploon.

Le grand épiploon fut réséqué au-dessus de la torsion, la paroi abdominale suturée, le sac herniaire réséqué. Suites simples.

OBSERVATION XXV

Rapportée par Capelle (*Bull. et Mém. de la Soc. Anat.*, 26 juin 1903)

Il s'agit d'un homme de 50 ans, admis dans le service de M. Guinard, avec le diagnostic d'étranglement herniaire.

Hernie peu volumineuse, phénomènes d'étranglement peu marqués, état général altéré.

Opération : on trouva un sac herniaire très épais, contenant un fragment d'épiploon adhérent par ses deux extrémités, l'une au fond du sac, l'autre au niveau de l'anneau inguinal interne. La portion intermédiaire avait subi un enroulement tel, que son calibre, était celui d'une ficelle moyenne.

Après une première adhérence au fond du sac, l'épiploon fut tordu, puis il adhéra au collet, ce qui fixa cet enroulement.

OBSERVATION XXVI

Rapportée par Trémolières (*Bull. et Mém. de la Soc. Anat.*, 16 octobre 1903)

Trémolières présente une pièce prélevée à l'autopsie d'un homme de 50 ans, entré à la Maison Municipale de santé. Malade profondément cachectique, avec symptômes de péritonite chronique, il ne tarde pas à succomber.

A l'autopsie : ouverture de la cavité abdominale. L'attention est attirée par une sorte de cordon du diamètre du petit doigt qui croisait en écharpe toute la masse intestinale. Il pénétrait en bas, par l'orifice inguinal interne droit dans un sac herniaire et venait se fixer à la paroi du trajet.

En haut, il aboutissait au bord libre du colon transverse, et pouvait être suivi jusqu'à l'angle colique gauche. Cette portion du colon, était immobilisée par une énorme masse néoplasique. Ce cordon, qui pouvait être déroulé, n'était autre chose que le grand épiploon enroulé sur lui-même et atrophié.

OBSERVATION XXVII

Rapportée par Sonnenburg (*Arch. intern. de Chirurgie*, 1903)

Malade âgé de 32 ans, qui, depuis sept ans, avait

une hernie inguinale, compliquée d'ectopie inguinale du testicule. A la suite d'une bronchite, la réduction de la hernie, devint impossible, celle-ci était très douloureuse. Tentatives de taxis sans résultat.

Vingt-quatre heures après, la tuméfaction est grosse comme un œuf, tendue, douloureuse, la peau colorée est chaude, le ventre mou, non tendu. Testicule au pôle inférieur de la tumeur. On pense à un étranglement épiploïque.

A l'opération, le sac ouvert, on trouve un fragment d'épiploon violacé, non fixé à l'anneau herniaire, tordu trois à quatre fois autour de son axe, dans la cavité abdominale. Résection, orchidopexie, guérison.

OBSERVATION XXVIII

(*Résumée*)

Rapportée par Payr (*Arch. für Klin. Chir.*, 1903, p. 501)

Femme de 49 ans, souffrant du ventre depuis un an environ, présente du côté droit de l'abdomen une tumeur arrondie, modérément tendue, de surface un peu bosselée, grosse comme une tête d'enfant. Tumeur mal délimitée par en haut. De son pôle supérieur se détache un cordon ascendant.

Diagnostic : kyste de l'ovaire.

A la laparotomie, volumineuse tumeur noirâtre et infiltrée de sang, constituée par un kyste de l'ovaire à pédicule tordu et presque sectionné et une

masse épiploïque adhérente tordue aussi deux fois sur elle-même, au niveau du cordon senti par le palper.

OBSERVATION XXIX

(Résumée)

Rapportée par G. G. Eitel (« A rare omental tumor », *Med. Record*, 1903)

Ascitique (ascite intarrissable) chez lequel, après trois ponctions abdominales, on fit la laparotomie et l'on reconnut une torsion épiploïque du reste réductible et que l'on se contenta de détordre.

Tous les accidents (ascite, douleurs abdominales sourdes) cessèrent et la guérison fut complète. Le malade n'était pas porteur d'une hernie.

OBSERVATION XXX

(Résumée)

Rapportée par Th.-B. Noble *American Journal of Obstetrics*, mars 1904)

Une femme de 24 ans fut prise, une nuit, dans la région épigastrique, de douleurs atroces avec nausées et vomissements. Depuis deux ans, elle avait, de temps à autre, des douleurs de ce genre, mais qui n'avaient jamais présenté encore pareille intensité..

Les antécédents de la malade étaient nuls, sauf une infection blennorhagique datant de deux ans.

Quand le médecin la vit le lendemain de sa dernière crise, elle avait une température à 37°7, un pouls battant à 90 et la langue un peu chargée ; les vomissements de la nuit avaient cessé. La patiente était couchée sur le dos, les cuisses légèrement fléchies, l'abdomen était sensible surtout à droite et la compression du point de Mac Burney réveillait une vive douleur qui se répercutait jusqu'à l'estomac. Il existait un peu de météorisme : toutefois, le son tympanique abdominal faisait place à une légère matité dans une zone mal limitée, placée à droite et au-dessous de l'ombilic : d'ailleurs, la rigidité musculaire et un léger embonpoint rendaient le palper difficile. La malade avait eu une selle la veille.

On porte le diagnostic d'appendicite, mais les symptômes s'étant un peu amendés, cette femme refusa de se laisser opérer.

Six jours après, cependant, les douleurs reparurent, accompagnées d'un frisson et d'une élévation de température à 38°3. On sentait alors une masse distincte située à mi-chemin entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic. L'opération fut, cette fois, acceptée et l'on fit la laparotomie.

Entre le fascia transversalis et le péritoine, on trouva, tout d'abord, un léger exsudat, puis la séreuse ayant été ouverte, on vit une masse de couleur foncée, presque noire, large de 5 centimètres, longue de 12 centimètres, entourée d'adhérences récentes.

Après la dissociation de ces adhérences, on reconnut, que cette masse noirâtre était le grand épiploon qui, fixé par son extrémité inférieure au pavillon de la trompe droite, formait une bride, autour de laquelle, il s'était enroulé à tel point, que sa circulation était interrompue. Il est probable qu'abandonnée à elle-même, la lésion aurait abouti à la nécrose et à la suppuration. On peut supposer, que l'infection blennorrhagique antérieure était la cause de l'adhérence épiplootubaire, et que les mouvements des anses intestinales, avaient eu pour effet d'enrouler l'épiploon autour de lui-même.

L'épiploon fut réséqué, ainsi que l'appendice, bien que celui-ci ne présentât aucune lésion et la malade guérit promptement.

OBSERVATION XXXI

(*Résumé*)

Rapportée par Otto Simon (*Münch med Wochensch.*, oct. 1905)

Une malade de 40 ans, présentait depuis dix jours, une constipation opiniâtre, s'accompagnant de douleurs abdominales, avec élévation thermique légère 38°.

Dans la région iliaque droite, était une tumeur un peu bosselée, du volume du poing, très sensible, assez ferme. On conclut à la possibilité d'une tuberculose iléo-cœcale, et le ventre ouvert on découvrit une tumeur épiploïque noirâtre, surmontée d'un pédicule

tordu, et adhérente en bas à un kyste de l'ovaire droit ; gros comme une pomme, et qui lui, n'avait subi aucune torsion.

OBSERVATION XXXII

(Résumé)

Rapportée par Otto Simon (*Münch med. Wo hensch*, 1905)

Une femme de 26 ans, souffre depuis 10 jours, du côté droit de l'abdomen, les douleurs s'accentuent, la constipation s'établit, les nausées surviennent, la température et à 38, le pouls à 100. On trouve une zone de matité étendue de la région de la vésicule biliaire à l'ombilic, au ligament de Poupart, à la région lombaire. Toute cette zone est très sensible à la pression, la fluctuation est manifeste.

On fait le diagnostic d'abcès appendiculaire, on opère, on évacue 1 litre de liquide fortement teinté de sang, et on tombe sur une tumeur noirâtre, adhérente. On la libère et on reconnaît qu'il s'agit de l'épiploon tuméfié et infiltré et rattaché à la partie moyenne du colon transverse par un pied tordu deux fois sur lui-même. On le réséque, on enlève aussi l'appendice, d'ailleurs normal.

OBSERVATION XXXIII

(Résumé)

Rapportée par Mauclaire (*Rev. de Gynécol. et de Chir. abd.*, 1905, n° 3, p. 425)

Homme de 45 ans, porteur depuis plus de 20 ans,

d'une hernie inguinale droite qui a toujours été réductible.

Le 13 novembre 1904, au matin sans cause appréciable, la hernie devient subitement irréductible et douloureuse.

A l'examen : dans la région scrotale, on constate l'existence d'une tumeur du volume d'une pomme, se prolongeant vers l'orifice externe du canal inguinal, dans lequel on sent à peine le pédicule de la tumeur. Le malade rend des gaz par l'anus. Dans la journée, il a des selles diarrhéiques, pas de vomissements. Température 39° le soir.

Le lendemain la tuméfaction paraît diminuer.

Le 15 novembre, le malade a son premier vomissement.

Toujours tuméfaction scrotale, douloureuse à la pression, pas de ballonnement du ventre, pas d'arrêt des matières fécales, ni des gaz.

Opération : incision inguino-scrotale, ouverture du sac herniaire, on tombe sur le pédicule herniaire mince et tordu de gauche à droite. En descendant vers le fond du scrotum, on énuclée la masse épiploïque, qui ne présente que de faibles adhérences au sac.

L'anneau inguinal est très large, il n'y a pas d'étranglement de l'épiploon. Il s'agit d'une simple torsion. Résection de l'épiploon au-dessus de la torsion. Résection du sac herniaire. Cure radicale, suites opératoires régulières.

OBSERVATION XXXIV

(Résumé)

Rapporée par Smith (*Bull. et Mém Soc. Chir.*, 1906)

Malade, qui avait depuis 10 ans, une hernie inguinale gauche, qui, deux fois avait donné lieu à des difficultés de réduction, mais elle ne sortait plus depuis longtemps.

L'affection présente, avait débuté brusquement par des douleurs abdominales, surtout accusées du côté droit, des nausées, un peu de fièvre.

Au 3e jour, le palper révélait une certaine résistance musculaire de la paroi abdominale, surtout marquée à droite de la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, une volumineuse tumeur, était facilement délimitée à travers la paroi épaisse, et l'on notait, que la palpation se laissait pratiquer d'une façon beaucoup plus satisfaisante, qu'il n'arrive habituellement, dans une attaque aiguë d'appendicite.

Donc pas de signe typique de l'appendicite, mais ce diagnostic le plus vraisemblable, fut admis.

A la laparotomie, on tomba sur une tumeur épiploïque tordue six fois au niveau de son pédicule, occupant le côté droit du ventre, et sans connexion avec le sac herniaire gauche.

OBSERVATION XXXV

Rapportée par Tuffier (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 14 mars 1906)

M. Tuffier, je crois que M. Guinard nous a dit que la torsion de l'épiploon, n existait que dans les hernies. Je ne crois pas à ce processus univoque, et voici une observation qui démontre que les tumeurs de l'épiploon peuvent s accompagner de torsion. J'ai opéré le 20 décembre 1905, une jeune femme de 23 ans, entrée à Beaujon, pour une tumeur apparue brusquement dans le bassin ; un mois avant son entrée à l'hôpital, à la suite d'une chute dans un escalier. La tumeur était du volume de deux poings, médiane, arrondie, légèrement mobile en tous sens, inaccessible par le toucher vaginal. Et le seul symptôme fonctionnel notable, était une constipation opiniâtre.

La laparotomie me fit constater une torsion de l'épiploon, auquel pendaient superposés de bas en haut, trois kystes hydatiques. J'ai réséqué la totalité du grand épiploon, et ma malade a parfaitement guéri.

OBSERVATION XXXVI

Rapportée par Mauclaire (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 14 mars 1906)

M. Mauclaire. Voici le résumé de l'observation dont j'ai parlé l'autre jour.

La hernie inguinale droite, chez le malade, datait de 13 ans. Elle était moyennement volumineuse et facilement réductible.

Brusquement, apparurent des symptômes rappelant l'épiploïte herniaire. Les troubles persistant, je fis une intervention qui me permit de constater dans le sac herniaire un épiploon tordu de gauche à droite, suivant un tour et demi. Il n'était pas étranglé ni adhérent au niveau de l'anneau inguinal. La torsion siégeait un peu au-dessus de l'anneau qui était large. Adhérences de l'épiploon au fond du sac très légères et très molles secondaires à la torsion. Epiploon réséqué. Réfection de la paroi.

OBSERVATION XXXVII

Rapportée par LEJARS (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 13 fév. 1907)

Dans ce second cas, j'ai pu poser le diagnostic avant d'intervenir.

Il s'agissait d'un homme de 37 ans, qui m'était envoyé pour appendicite et chez qui les accidents remontaient à 11 jours.

On sentait dans la fosse iliaque et le flanc droit une masse très volumineuse ovoïde, assez bien délimitée en dedans, mais sans rebord net, toutefois très peu mobilisable, empâtée, épaisse, nettement fluctuante, douloureuse au palper.

En bas, elle se prolongeait par un gros cordon

avec le contenu d'une hernie inguinale droite, contenu épais et ferme, un peu crépitant sous le doigt, irréductible, non douloureux. Cette hernie datait de dix-sept ans, elle était devenue irréductible au début des accidents : ceux-ci étaient d'ailleurs fort amendés : il n'y avait plus de nausées, les selles étaient faciles, le pouls normal, la température à 37°,5 et 38°.

Aussi je ne crus pas devoir admettre un vaste plastron appendiculaire, et d'autre part, la continuité de la tumeur abdominale avec la hernie irréductible, me fit penser à l'omento-volvulus.

L'opération démontra que ce diagnostic était exact ; j'incisai en long, le canal inguinal, ou je découvris un sac herniaire distendu et compact : et je prolongeai l'incision sur le bord externe du muscle droit : la paroi sectionnée, je soulevai au-dessus de l'arcade un pli du péritoine pariétal, et je l'ouvris par cette fente, je commençai à décoller la séreuse adhérente, en l'incisant à mesure, en bas, jusqu'à la limite de la brèche pariétale : je libérai de la sorte la tumeur épiploïque, qui fut relevée et extraite de bas en haut : en haut tout près du colon transverse, j'arrivai sur le pédicule, tordu trois fois au moins, sur lui-même et du volume du pouce : il se laisse aisément détordre, fut lié avec deux catguts en chaîne et sectionné.

L'appendice qui adhérait à la masse épiploïque, et

qui était d'ailleurs à peu près sain, fut enlevé ; le sac herniaire réséqué, et la paroi réunie. Guérison sans incident.

La tumeur était grosse, comme les deux poings, infiltrée de sang, et semée de veines noirâtres thrombosées.

OBSERVATION XXXVIII

Rapportée par Lapeyre (de Tours), *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 20 fév. 1907)

Homme de 40 ans, porteur depuis 6 ans, d'une hernie inguinale droite, partiellement réductible.

Brusquement en soulevant un colis, il est pris de coliques très violentes dans la fosse iliaque droite, sa hernie sort plus que de coutume, et elle est difficilement réduite.

Diagnostic : épiplocèle étranglée.

Opération : le sac ouvert, on trouve un épiploon adhérent par endroits, violacé noirâtre en voie de sphacèle par places. On ne voit pas d'anneau d'étranglement, et les portions sus-jacentes au trajet inguinal sont aussi malades. On prolonge l'incision et l'on tombe sur une portion rétrécie ayant environ le volume du pouce : trois fois tordue sur elle-même. Résection. Guérison.

OBSERVATION XXXIX

Rapportée par Lapeyre (de Tours), (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 20 fév. 1907)

Un homme de 44 ans, est pris tout à coup, d'une douleur abdominale « en coup de poignard », son état général, devient rapidement mauvais ; coliques intestinales, vomissements incessants porracés, pouls 120 à 130. Abdomen tendu douloureux, avec empâtement de tout le côté droit ; de l'arcade crurale aux fausses cotes.

Il a bien une hernie droite depuis 20 ans, mais non apparente à l'anneau inguinal.

M. Lapeyre, croit à une péritonite diffuse, d'origine appendiculaire, et à cause de la gravité de l'état général, il décide de ne pas intervenir.

Le lendemain, l'amélioration survenue, semble lui donner raison, la douleur, n'est pas à Mac Burney, elle est plus haut, et toute la moitié droite du ventre, est occupée par une tuméfaction diffuse.

Il intervient le troisième jour. Il trouve un épiploon épaissi, gros, infiltré de sang, parcouru par d'énormes veines dilatées, baignant dans un liquide hémorragique.

Cette énorme masse épiploïque, plonge par sa partie inférieure, dans un sac inguinal droit, avec lequel, elle a contracté des adhérences multiples ; on le détache.

Pédicule de la grosseur du petit doigt, tordu 4 à 5 fois sur lui-même.

On lie le pédicule, on enlève la masse épiploïque du poids de 360 grammes. Cœcum et appendice sains. Péritonite diffuse.

Amélioration pendant les 36 heures ayant suivi l'opération. Puis brusquement, la scène change, et le malade meurt dans le collapsus, peut-être à cause du retard que Lapeyre à mis à intervenir.

OBSERVATION XL

Rapportée par POTHERAT (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1909)

Un homme de 44 ans, est adressé à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite subaiguë.

Son état est franchement mauvais. Le malade a les traits tirés, les yeux enfoncés, cerclés de bistre, subictéré manifeste, peau terne ; il marche cependant encore.

Au niveau de l'orifice inguinal interne à droite, est une pointe de hernie, ne créant ni gêne, ni souffrance.

Le 15 avril, le malade éprouve dans la fosse iliaque droite, une sensation de gêne. Bientôt apparaissent des vomissements bilieux, s'accompagnant d'ictère et de brûlures continuelles.

Un médecin appelé avait prescrit un traitement anodin, et tout rentre dans l'ordre. Quelques jours après, le malade se croyant guéri, sort en bicyclette.

mais il ne tarde pas à être obligé de s'arrêter. Ses douleurs abdominales reprennent avec une grande intensité. Il nous est alors adressé.

A l'examen : ventre souple.

Dans la fosse iliaque droite, est une masse oblongue, dure, étendue verticalement, et parallèlement au bord externe du grand droit, tumeur non mobile, irrégulière, sonore à la percussion profonde, — elle ressemble à une induration inflammatoire, observée au cours des appendicites subaiguës, avec abcès péri-appendiculaire constitué par du grand épiploon, coiffant et circonscrivant le foyer de la maladie.

A quelques millimètres au-dessus de l'orifice interne du canal inguinal, existait une deuxième masse plus petite, reliée à la grande masse par un tractus.

Opération : le péritoine ouvert, je vis l'épiploon étalé au-devant des anses intestinales, il avait un aspect noirâtre, était adhérent avec les anses intestinales (adhérences récentes)).

Les adhérences furent facilement détachées, et la masse épiploïque ayant la forme et le volume d'une banane, ne tenait alors qu'en haut et en bas. En haut par le bord adhérent du grand épiploon, à quelques centimètres du colon en effet, était un étranglement étroit, sur lequel il fut facile de reconnaître trois tours de spire. Ligature. Résection.

La tumeur tenait encore en bas. Une masse épiploïque arrondie, reliée à la masse principale, par

un tractus épiploïque plus étroit était fixée en bas vers l'orifice inguinal interne ou elle semblait sous-jacente au péritoine. Là, était un orifice péritonéal étroit, un canal séreux de quelques centimètres, dilaté et bourré d'épiploon.

OBSERVATION XLI

(*Inédite*)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Diet, chirurgien en chef de l'Hôpital de Saint-Nazaire

Le 17 octobre, à 11 heures 1/2 du matin, entrait à l'hôpital de Saint-Nazaire, salle n° 1, un malade de 47 ans, M. A..., manœuvre, travaillant chaque jour à manutentionner des madriers et de lourds fardeaux dans un chantier de bois.

C'est un homme robuste, large d'épaule, très musclé, très vigoureux, qui n'a jamais eu, ni accident, ni maladie et dont la seule infirmité est une hernie inguinale droite, datant de six ans, qu'il a toujours, dit-il, maintenue facilement par un bandage, et qui n'a jamais provoqué de douleurs ni de phénomènes d'étranglement.

Il ne présente aucune tare, est très sobre et grand travailleur.

Dans la soirée du 15 octobre, alors qu'il avait terminé son travail, il éprouva brusquement, en soulevant un panier de bois peu pesant, destiné aux usages domestiques, une sensation atroce de torsion

dans le côté droit du ventre. Il dit lui-même, quand nous l'interrogeons sur les phénomènes du début de son affection, qu'il sentit, tout à coup, « quelque chose qui se tordait dans son ventre », comme une colique d'une intensité effroyable. Il s'aperçut aussitôt que sa hernie était devenue volumineuse et irréductible.

Voici d'ailleurs l'histoire complète de M. A..., telle, que mon, ami le Dr Jouquan, appelé auprès de lui au moment des premiers accidents, a bien voulu me la communiquer et que je transcris intégralement :

« M. A..., n'a jamais été malade et ne signale aucun antécédent pathologique intéressant, en dehors de sa hernie.

« Il déclare que son ventre devint un peu douloureux trois ou quatre jours avant le début des accidents actuels. Il se sentait un peu fatigué et présentait quelques phénomènes de dysurie.

« Tous ces malaises furent cependant assez légers pour qu'il lui fut possible de continuer son travail de porteur de bois, travail comportant de très pénibles efforts.

« Le 15 octobre, vers 5 heures du soir, il constata, à la suite de l'effort auquel il est fait allusion plus haut, que sa hernie était devenue irréductible et bientôt de violentes douleurs se faisaient sentir dans tout l'abdomen.

« Le même soir, vers sept heures, il prit une lé-

gère purgation qui détermina plusieurs selles faciles, mais n'amena aucune sédation des douleurs. Celles-ci durèrent une grande partie de la nuit, sans vomissements, sans fièvre, et se calmèrent un peu vers le matin.

Dans la matinée du 16, je fus appelé auprès de lui. A ce moment, le malade ne souffrait plus et, depuis dix minutes, déclara-t-il, la hernie, irréductible depuis la veille, venait de rentrer.

« Je constatai que l'anneau inguinal était libre. Toute la masse intestinale était assez sensible à la pression, même légère. Température : 36°,3. Pouls 74.

« Il n'y avait aucun phénomène de shock : aucun vernissement n'avait accompagné la crise ; la langue était à peine chargée.

« Je prescrivis la diète, le repos, l'application de compresses chaudes sur le ventre, et une préparation calmante.

« Aucune douleur ne réapparut jusqu'à 7 heures du soir ; le malade avait pu boire, dormir et lire un journal.

« A 7 heures, brusquement la hernie sort de nouveau et les douleurs réapparaissent, beaucoup plus violentes que la veille.

« A 9 heures, je revins et réduis facilement la hernie. Température : 38°. Pouls 90.

« Le ventre est d'une sensibilité extrême. La pal-

pation réveille des douleurs très vives. Une tumeur aux contours assez imprécis, est perçue dans la partie inférieure de l'abdomen, plus nette et plus douloureuse à droite. Cette tumeur est mate.

« Le malade n'a pas uriné depuis le matin, j'introduisis une sonde dans la vessie, mais elle ramène que peu d'urine. Après évacuation de la vessie, la tumeur existe encore, mais depuis la réduction de la hernie, le malade ne souffre presque plus.

« Il dort presque toute la nuit. A 3 heures, une crise atroce le réveille, puis les douleurs s'apaisent et le malade se rendort jusqu'au matin.

« Il a eu une selle spontanée dans la nuit et a rendu des gaz. Toujours pas de vomissements, pas de schock.

« A 9 heures du matin, il a 36°,2 et 80 pulsations.

« La hernie sort à nouveau de l'anneu inguinal et cette fois est très difficilement réductible. Le ventre encore plus sensible que la veille : la tumeur est devenue très nette à droite et de plus en plus douloureuse.

« Je fais alors diriger le malade vers l'hôpital, où il entre dans le service du Dr Dict, pour y être opéré ».

C'est là que je le vois, dès son arrivée, à 11 h. 1/2 du matin.

Il est assis sur une chaise, courbé en deux, les bras croisés sur les genoux, le faciès grippé, souf-

frant atrocement. Il ne peut faire aucun mouvement, et il faut trois hommes pour le porter et le coucher sur un lit, où je l'étends, incapable de bouger.

Je constate d'abord à la palpation, la présence d'une hernie inguinale droite, volumineuse, très dure, descendue dans les bourses, très douloureuse, irréductible. Mais mon attention est surtout attirée par la présence sur le côté droit du ventre, d'une masse énorme, remontant jusqu'au dessous des fausses côtes. La palpation est presque impossible ; la défense de la paroi est considérable : toute pression détermine une douleur atroce ; tout le flanc droit, des fausses côtes à la fosse iliaque et jusqu'à un travers de doigt en dehors de l'ombilic, est mat.

En présence de ces phénomènes, de l'absence de schock, de vomissements, de température (36°,8) au moment de l'entrée), j'éloigne toute idée d'une appendicite ou d'une occlusion intestinale et je conclus immédiatement : 1° à une épiplocèle étranglée : et 2° en raison de la présence de la tumeur abdominale, à une torsion intra-abdominale du grand épiploon, torsion située très haut. Je fais préparer, d'urgence, tout ce qu'il faut pour une kéloiomie d'abord, une laparatomie ensuite.

J'interviens à 3 heures, avec l'aide de mon interne, M. Barreau. M. Lessard donne le chloroforme qui est admirablement supporté.

J'incise d'abord la paroi sur le trajet du canal in-

guinal : les divers plans contusionnés par le bandage sont difficilement reconnaissables : les tissus sont infiltrés, les parois saignantes. Cependant je repère l'aponévrose du grand oblique, j'incise prudemment un sac épais de trois millimètres au moins, duquel s'échappe un liquide séro-sanguinolent assez abondant, et je tombe sur une masse allongée en forme de saucisse, noirâtre, couverte d'exsudats fibrineux, presque sphacélée, très dure cependant en certains endroits : c'est l'épiploon fortement étranglé.

Je débride l'anneau, mais bien qu'il n'y ait pas d'adhérences au sac, il m'est impossible d'attirer par le débridement, l'épiploon en dehors du ventre. Il semble retenu par une masse énorme qui le continue dans le flanc droit.

Immédiatement, décidé que j'étais, comme je l'ai dit, à intervenir plus complètement, le ventre ayant été complètement désinfecté dès le début de l'intervention, je pratique la laparotomie médiane sous-ombilicale. Les parois sont là aussi, très épaisses et très saignantes, le tissu sous-aponévrotique et sous-péritonéal très infiltré, et j'entre rapidement dans la cavité abdominale, remplie de liquide louche, très sanguinolent.

A droite, je saisis immédiatement une masse compacte, dure, bosselée, inégale qui, après quelques efforts et la rupture de quelques adhérences très molles, sort brusquement, sous une traction plus forte,

de la plaie abdominale, entraînant avec elle l'épiplocèle herniaire.

C'est l'épiploon en totalité.

Il est tordu de gauche à droite, cinq fois sur lui-même, au ras même de son insertion à l'estomac et au côlon transverse.

Le pédicule n'est pas beaucoup plus gros que le pouce : je lie, au-dessus de son point de torsion, avec un solide nœud de meunier, au catgut ; je sectionne le pédicule et j'ai toute la masse dans les mains.

J'éponge rapidement les anses intestinales avec de larges compresses chaudes et je referme le ventre par un premier surjet au catgut sur le péritoine. Les muscles et le tissu cellulaire me paraissant très peu résistants, je passe, au ras de l'aponévrose profonde, trois gros fils d'argent embrassant la peau, le tissu cellulaire et les muscles. Je termine par l'application de nombreuses agrafes de Michel.

Après avoir touché cette plaie au chloroforme iodé et l'avoir recouverte de compresses, je procède à la cure radicale de la hernie. Le sac disséqué et lié, je refais les deux parois du canal inguinal, d'après le procédé de Bassini, par une série de points en U. Quelques agrafes complètent la suture.

Comme le testicule avait suivi l'épiploon dans les manœuvres d'extraction par le ventre ; j'avais, avant de refermer mon incision, reconnu la présence d'une hydrocèle vaginale assez volumineuse ; rapidement

j'incise la vaginale, la retourne et réduis le testicule dans les bourses.

Toute l'intervention n'avait pas demandé une demi-heure. L'anesthésie avait été parfaite sans vomissements : le pouls était excellent.

Dix minutes après, je retrouvais mon malade dans la salle, déjà éveillé, et le soir à sept heures, je constatais une température de 37°,4 et un pouls plein, régulier, à 80.

La nuit fut calme, sans vomissements ; le pouls était calme. Je fis administrer une injection d'un centigramme de morphine pour calmer les douleurs assez vives.

Voici le tableau des suites opératoires, dû à l'obligeance de mon interne et ami Barreau :

Jeudi soir 17 : Température, 37°,4 ; pouls, 80.

Le malade n'a aucun vomissement. La dysurie nécessite un sondage qui ramène près de trois-quarts de litre d'urine.

Vendredi 18 : Température matin, 37°,4 : Pouls 76.

Le malade urine seul. Le ventre étant un peu ballonné, le Dr Diet fait introduire une sonde rectale qui amène l'issue de gaz en abondance.

Glace, limonade, champagne.

Température soir, 37°,3 : pouls, 76.

Samedi 19 : Température matin, 36° : soir, 36°,2.

Dimanche 20 : Température matin, 35°,8 ; soir, 36°,2.

Le malade commence à s'alimenter.

Dès lors, la guérison s'affirme sans incidents, : les fils et agrafes sont enlevés le 23. La réunion par première intention est complète, tant au niveau du ventre qu'au niveau de la hernie.

Examen de la pièce.

La masse épiploïque enlevée représente une tumeur bosselée, irrégulière, noirâtre, compacte, avec des îlots blanchâtres qui sont des exsudats fibrineux et des noyaux nombreux, de la grosseur d'un petit pois, correspondant à des vaisseaux thrombosés.

Elle mesure dans sa plus grande longueur, 38 centimètres, la longueur de la partie herniée est de 15 centimètres.

Au moment de l'ablation, elle semble très dure, mais, quelques heures après, au moment où je l'examine chez moi, je constate qu'elle a perdu de sa densité, ayant dégorgé une quantité assez considérable de sang et de liquide séro-sanguinolent, et qu'on peut dérouler un certain nombre de franges et même étaler certaines parties ayant conservé l'aspect de l'épiploon sain.

Ce qui attire mon attention, c'est d'abord le pédicule, tordu sur lui-même et qui a conservé très nettement l'empreinte de plusieurs tours de spire.

A la partie inférieure, correspondant au fragment

hernié, je constate la présence d'un noyau très compact et très dur, et là, où l'épiplocèle était serrée par le collet du sac herniaire, une deuxième torsion, quatre tours entiers de spire, en sens inverse, de droite à gauche.

Enfin, juste au niveau de cette sorte d'étranglement, une double bride fibreuse, très résistante, nacrée, passe autour de la masse et l'enserre fortement.

Le cas est donc bien complexe.

1° Torsion du pédicule épiploïque, à son insertion supérieure, de gauche à droite ;

2° Torsion de l'épiploon au point d'étranglement dans l'anneau supérieur, de droite à gauche ;

3° Présence d'une bride complétant l'étranglement.

CONCLUSIONS

Les torsions de l'épiploon ne sont connues que depuis peu, mais les quarante-une observations que nous avons recueillies suffisent pour montrer qu'elles doivent entrer dans le cadre de la nosographie intra-abdominale.

L'étiologie de la portion intra-abdominale du grand épiploon paraît dominée par la présence d'une hernie. Il s'agit le plus souvent d'une hernie inguinale droite, ancienne, et qui était restée réductible jusqu'au moment des accidents. Mais l'omento volvulus peut aussi se rencontrer, dans des cas rares, il est vrai, mais non exceptionnels, où la hernie manque complètement.

Au point de vue anatomo pathologique, les torsions de l'épiploon présentent des modalités très diverses, mais qui peuvent être ramenées à trois grandes classes :

1. Torsion en un point unique;
2. Torsion entre deux points fixes;
3. Torsion complexe ou anormale.

La masse épiploïque est altérée, et cette altération est sous la dépendance étroite de la perméabilité vasculaire, entravée ou supprimée suivant le degré de torsion du pédicule.

La pathogénie de la torsion de l'épiploon ne peut être univoque, et elle reconnaît un mécanisme différent, suivant les modes de torsion :

Torsion au-dessous d'un point fixe;
Torsion entre deux adhérences;
Torsion complexe.

Elle ne doit pas se faire complètement d'un seul coup, il est probable qu'elle se produit lentement et d'une façon progressive, puis sous l'influence d'un traumatisme plus intense (effort violent), les tours de spire se resserrent et les phénomènes d'étranglement apparaissent.

Il n'existe pas de signes pathognomoniques des torsions épiploïques.

La symptomatologie des torsions ne se différencie pas toujours nettement de celle de l'étranglement herniaire, ainsi que des accidents aigus de l'épiplocèle. Parfois même elle simule l'appendicite.

Le diagnostic est en général difficile. Il n'a jusqu'ici été fait que dans deux cas.

Le pronostic est relativement favorable, si l'intervention chirurgicale est precoce.

L'intervention chirurgicale est le seul mode de traitement à recommander.

Il doit s'inspirer des principes suivants : ouverture large, décollement des adhérences, ablation de la tumeur, après ligature du pédicule, en tissu sain.

Vu : *Le Président de la thèse,*
JEANNEL.

Vu : *Le Doyen,*
JEANNEL.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 18 juillet 1916.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
Pour le Recteur,
Le Doyen délégué,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

BERGER. — Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus (Tome VI).

BOUILLY. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris (Tome IX, 1883).

BROCA. — Revue des Maladies de l'Enfance, 1902).

BRUNET. — Essai sur une forme spéciale d'Epiploïte chronique (Thèse de Paris, 1900. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris).

GIRAUDEAU. — Thèse de Paris, 1903.

GOSSELIN. — Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus.

HARTMANN et RAYMOND. — Torsion du Pédicule des Salpinzo ovarites (Annales de Gynécologie, 1894).

HEITZ et BENDER. — Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale (Paris, 1901).

LEGUEU. — Torsion des Salpingites (Paris, 1900).

LEJARS. — Chirurgie d'urgence (Troisième édition).

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1900.

MILIAN. — Mobilité défensive de l'épiploon (Gazette des Hôpitaux, 1899).

ROCHE. — Torsion de l'épiploon (Thèse de Paris, 1904).

REYNIER. — Thèse de Paris, 1898-1899.

VIGNARD-GIRAUDEAU. — De la Torsion intra-abdominale du grand Epiploon (Archives provisoires de Chirurgie, 1903).

(Voir, en outre, pages 4 et 6).

Toulouse. — Librairie J. MARQUESTE, rue Ozenne, 7.